

Technická univerzita v Liberci
Ústav zdravotnických studií

Studijní program: B 5341 Ošetrovatelství
Studijní obor: 5341R009 Všeobecná sestra

Psychosociální potřeby u starých a dlouhodobě nemocných pacientů
v různých formách ošetrovatelské péče

Psychosocial needs aged and shut-in patients in various forms
nursing care

Jana Hozáková

TECHNICKÁ UNIVERZITA V LIBERCI

Ústav zdravotnických studií

Akademický rok: 2011/2012

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

(PROJEKTU, UMĚLECKÉHO DÍLA, UMĚLECKÉHO VÝKONU)

Jméno a příjmení: **Jana Hozáková**
Osobní číslo: **Z10000140**
Studijní program: **B5341 Ošetrovatelství**
Studijní obor: **Všeobecná sestra**
Název tématu: **Psychosociální potřeby u starých a dlouhodobě nemocných pacientů v různých formách ošetrovatelské péče**
Zadávající katedra: **Ústav zdravotnických studií**

Z á s a d y p r o v y p r a c o v á n í :

Cíl výzkumu:

1. Zmapování psychosociálních potřeb starých a dlouhodobě nemocných pacientů v jednotlivých formách ošetrovatelské péče
2. Zjistit souvislost mezi uspokojováním psychosociálních potřeb starých a dlouhodobě nemocných pacientů a mírou jejich soběstačnosti
3. Zjistit rozdíly v uspokojování psychosociálních potřeb u starých a dlouhodobě nemocných lidí v jednotlivých formách poskytované ošetrovatelské péče

Teoretická východiska: Potřeby pacientů jsou závislé nejen na věku, pohlaví, vzdělání a charakteru pacienta, ale také na nemoci, kterou prochází a na sociálních podmínkách, ve kterých žijí. Míra uspokojování jejich potřeb je jednou ze složek hodnocení kvality života. Při poskytování ošetrovatelské péče starým a dlouhodobě nemocným pacientům často dochází k uspokojování pouze základních životních potřeb, psychosociální potřeby jsou přehlíženy.

Výzkumné předpoklady:

1. Rozsah psychosociálních potřeb souvisí s úrovní soběstačnosti starých a dlouhodobě nemocných lidí.
2. Předpokládám, že psychosociální potřeby starých a dlouhodobě nemocných lidí jsou ve větší míře uspokojovány v domácí než v ústavní ošetrovatelské péči

Metoda: kvantitativní

Technika: dotazník - osobně předávaný

Místo a čas výzkumu: LDN Varnsdorf, ošetrovatelská lůžka Lužické nemocnice Rumburk, domácí ošetrovatelská péče Rumburk a Varnsdorf, únor 2013

Vzorek: Pacienti LDN Varnsdorf, ošetrovatelských lůžek Lužické nemocnice Rumburk, domácí

Rozsah grafických prací:

Rozsah pracovní zprávy: 50 - 70 stran

Forma zpracování bakalářské práce: tištěná/elektronická

Seznam odborné literatury:

BÁRTOVÁ, Sylva. Sociologie medicíny a zdravotnictví. 6. přepracované a doplněné vydání. Vydala Grada publishing Praha, 2005. ISBN 80-247-1197-4
BARSKY, Artur J., DEANS, Emily C. Jak lépe žít se zdravotnímu problémy. Překlad Hana Loupová. Vydal Portál s r.o., Praha, 2007. ISBN 978-80-7367-298-0

HEGYI, Ladislav, KRAJČÍK Štefan. Geriatria. Vydala Herba s r.o., Bratislava, 2010. ISBN 987-80-89171-73-6

KALVACH, Zdeněk, ONDERKOVÁ, Alice. Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi. Vydal Galén, Praha, 2006. ISBN 80-7262-455-5

MASTILIAKOVÁ, Dagmar. Holistické přístupy v péči o zdraví. Vydal NCO NZO, Brno, 2002. ISBN 978-80-7013-457-3

POKORNÁ, Andrea. Komunikace se seniory. Vydala Grada publishing a.s., Praha, 2010. ISBN 978-80-247-3271-8

ŠAMÁNKOVÁ, Marie, a kol. Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu. Vydala Grada publishing a.s., Praha, 2011. ISBN 978-80-247-3223-7

Vedoucí bakalářské práce:

PhDr. Alena Riegerová

Ústav zdravotnických studií

Datum zadání bakalářské práce: 31. března 2012

Termín odevzdání bakalářské práce: 30. června 2013

prof. Dr. Ing. Zdeněk Kůs
rektor



A handwritten signature in dark ink, appearing to read "Marie Froňková".

Mgr. Marie Froňková
pověřena vedením ústavu

V Liberci dne 29. března 2013

P r o h l á š e n í

Byl(a) jsem seznámen(a) s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje zákon č. 121/2000 Sb. o právu autorském, zejména § 60 – školní dílo.

Beru na vědomí, že Technická univerzita v Liberci (TUL) nezasahuje do mých autorských práv užitím mé bakalářské práce pro vnitřní potřebu TUL.

Užiji-li bakalářskou práci nebo poskytnu-li licenci k jejímu využití, jsem si vědom(a) povinnosti informovat o této skutečnosti TUL. V tomto případě má TUL právo ode mne požadovat úhradu nákladů, které vynaložila na vytvoření díla, až do jejich skutečné výše.

Bakalářskou práci jsem vypracoval(a) samostatně s použitím uvedené literatury a na základě konzultací s vedoucím bakalářské práce a konzultantem.

Datum: 28.6.2013

Podpis:



Poděkování:

Děkuji paní doktorce Aleně Riegerové za vedení mé bakalářské práce, za její cenné rady, podněty a připomínky.

Dále děkuji vedení Lužické nemocnice v Rumburku a Nemocnice Varnsdorf za vstřícný přístup při provádění výzkumu na jejich pracovištích. Jmenovitě pak děkuji paní Haně Cupalové za pomoc při provádění výzkumu na LDN Nemocnice Varnsdorf.

A v neposlední řadě děkuji paní Daně Mrkáčkové a paní Anně Horynové, majitelkám agentur domácí péče ve Varnsdorfu a České Kamenici za pomoc při provádění výzkumu u pacientů v domácí péči.

Anotace v českém jazyce

Jméno a příjmení autora: Jana Hozáková

Instituce: Technická univerzita v Liberci

Název práce: Psychosociální potřeby u starých a dlouhodobě nemocných pacientů v různých formách ošetrovatelské péče

Vedoucí práce: PhDr. Alena Riegerová

Počet stran: 112

Počet příloh: 2

Rok obhajoby: 2013

Souhrn:

Tato bakalářská práce zjišťuje psychosociální potřeby dlouhodobě nemocných pacientů. Dále zjišťuje závislost uspokojení psychosociálních potřeb na míře soběstačnosti a na formě poskytované dlouhodobé ošetrovatelské péče.

Sběr informací probíhal za použití dotazníku, který měl tři části. V první části byly získávány obecné údaje jako věk a pohlaví respondentů. V druhé části dotazníku byla zjišťována míra soběstačnosti respondentů. Ze třetí části dotazníku byly získávány informace o psychosociálních potřebách seniorů. Sběr dat byl prováděn ve Šluknovském výběžku a okolí v dlouhodobé domácí a ústavní ošetrovatelské péči. Výsledky výzkumu byly zpracovány statistickým programem STATGRAPHICS Centurion XVI.

Klíčová slova:

psychosociální potřeby

dlouhodobě nemocný pacient

soběstačnost

domácí péče

dlouhodobá ústavní péče

Anotace v anglickém jazyce

Name and surname: Jana Hozáková

Institution: Technical university of Liberec

Title: Psychosocial needs aged and shut-in patients in various forms nursing care

Supervisor: PhDr. Alena Riegerová

Pages: 112

Apendix: 2

Year: 2013

Summary:

This bachelor's thesis discovers the psychosocial needs of the shut-in patients. It discovers as well as the dependence on the satisfaction of the psychosocial needs on the level of self-sufficiency and on the form of provided long-term nursing care. I used the questionnaire method to gather data. The questionnaire is divided into three parts. In the first part the general information were obtained, for example respondent's age and sex. In the second part, there is information about self-sufficiency of the respondents. In the last part, there are questions about psychosocial needs of retired people. The data gathering took place in the Šluknov district and surroundings in the fields of long-term home and constitutional nursing care. The results of the research were processed by the STATGRAPHICS Centurion XVI statistical programme.

Key words:

psychosocial needs

shut-in patient

self-sufficiency

home care

long-term constitutional care

Obsah

1 Úvod.....	9
I. TEORETICKÁ ČÁST	10
2 Ošetrovatelská péče	10
2.1 Ošetrovatelství	10
2.2 Ošetrovatelská péče ve vztahu k dlouhodobé péči	11
2.2.1 Domácí péče	11
2.2.2 Dlouhodobá ústavní péče.....	13
2.3 Nedostatky následné péče	14
3 Stáří.....	16
3.1 Společnost a stáří	16
3.2 Začlenění seniorů do společnosti.....	17
3.3 Senior v rodině.....	18
3.4 Zdraví a nemoci ve stáří.....	19
3.4.1 Typické poruchy stáří	20
3.4.2 Hodnocení zdravotního stavu seniorů.....	21
3.4.3 Soběstačnost a závislost.....	22
3.4.4 Stařecká křehkost	23
4 Potřeby.....	24
4.1 Potřeby v ošetrovatelství.....	24
4.1.1 Virginia Henderson.....	24
4.1.2 Marjory Gordon	25
4.2 Klasifikace potřeb	25
4.2.1 Pyramida potřeb	26
4.2.2 Dům životních potřeb	27
4.3 Změny psychosociálních potřeb ve stáří.....	28
4.4 Zjišťování psychosociálních potřeb seniorů	30
4.4.1 Testovací škály	30
4.4.2 Anamnestický rozhovor, dotazník	31
II. VÝZKUMNÁ ČÁST	32
5. Metodika výzkumu	32
5.1. Cíle výzkumu	32
5.2 Metodika výzkumu	32
5.2.1 Místo výzkumu, výzkumný vzorek	32
5.2.2 Výzkumná metoda	33
5.2.3 Výsledky výzkumu	34
6 Diskuse.....	79
7 Výsledky testování hypotéz	85
8 Doporučení pro praxi	91
9 Závěr	93
10 Soupis bibliografických citací	94
11 Seznam příloh	95
12 Seznam tabulek	96
13 Seznam grafů	100

1 Úvod

Pracuji na Zdravotnické záchranné službě Ústeckého kraje, p. o., na výjezdovém stanovišti v Rumburku. Ve své praxi se velmi často setkávám se starými lidmi. Psychosociální potřeby starých a dlouhodobě nemocných lidí jsem zvolila jako téma této bakalářské práce proto, že mě tato problematika zajímá.

Stárnutí populace je společenský fenomén a aktuální celosvětový demografický trend. Výjimkou není ani Česká republika. Proto se budeme v profesionální, ale i laické ošetrovatelské péči setkávat se stále větším počtem seniorů. Potřeby těchto seniorů se budou vyvíjet podle postojů společnosti ke stáří a stárnutí a ekonomické zátěži stáří.

Stáří je přirozenou a nedílnou součástí života a týká se každého z nás. Se stárnutím souvisí mnohé problémy, kterým musí čelit každý člověk, ať zdravý nebo nemocný.

Senioři bývají velmi často vnímáni jako stejnorodá, homogenní populace. Přitom staří lidé se nejen od mladší generace, ale i od sebe navzájem, liší, a to jak věkem, tak i zdravotním stavem, funkční zdatností, sociálním zázemím, ekonomickými podmínkami, vzděláním, životními zkušenostmi a hodnotovým systémem. Na základě těchto odlišností se pak liší i potřeby seniorů ve zdraví i v nemoci.

Samozřejmě se neliší jen potřeby jednotlivých seniorů, ale liší se potřeby seniora v souvislosti s jeho soběstačností a zdravotním stavem. V ošetrovatelské péči jsou satureovány především základní biologické potřeby seniorů, dochází však k uspokojování i vyšších potřeb? Tato práce je zaměřena na psychosociální potřeby dlouhodobě nemocných starých lidí v ústavní a domácí ošetrovatelské péči. Zajímalo by mě, zda a jak se psychosociální potřeby seniorů mění v souvislosti s mírou soběstačnosti a formou dlouhodobé ošetrovatelské péče.

I. TEORETICKÁ ČÁST

2 Ošetrovateľská péče

2.1 Ošetrovateľství

Vývoj ošetrovateľské péče sahá až do raného stredoveku a je spojen s kresťanstvom. Ve vývoji ošetrovateľské péče má své místo jak laická péče, tedy péče, kterou si poskytoval nemocný sám, nebo mu byla poskytnuta jeho blízkými, tak i charitatívni péče, která byla poskytována nemocným především církevními řády. Tato péče se zaměřovala zejména na uspokojování nejzákladnějších životních potřeb. V neposlední řadě sem patří i organizovaná léčebná péče. Ta souvisí s rozvojem medicíny, její počátky spadají až do konce 19. století. Tento typ péče dělá z pacienta pasivního příjemce péče a ze sestry vykonavatele ordinací lékaře.

(Kutnohorská, 2010)

Moderní ošetrovateľství je však systémom hodnotení a plánovitého uspokojování potreb nemocných. Nejvýznamnější změny v ošetrovateľství probíhají od konce 20. století, kdy se ošetrovateľství vyčleňuje jako samostatná profese s přesně definovanými kompetencemi v rámci zdravotní péče, orientuje se na péči o člověka ve zdraví i v nemoci. Moderní ošetrovateľství je vědní obor, založený na samostatnosti sester a týmové spolupráci s lékaři a ostatními odborníky. Čerpá poznatky z přírodovědných, humanitních a společenských věd, které se zabývají člověkem, jeho chováním, zdravím a vztahem k prostředí a společnosti. Zlepšuje se kvalita ošetrovateľství, ze sester se stávají edukátorky a z pacientů klienti.

Zatímco pacient je považován za osobu nemocnou, trpící nebo zraněnou, která pasivně přijímá lékařskou a ošetrovateľskou péči, nemůže spolupracovat ani ovlivnit proces svého uzdravování, je za klienta považován člověk charakterizovaný jako zájemce, zákazník, konzument nabízených služeb. Je aktivním spolupracovníkem sestry, je vědom si svých práv, požadavků, může spolurozhodovat o procesu léčby.

Filozofií súčasného moderního ošetrovateľství je holismus, který je základem ošetrovateľských teorií, modelů, etických zásad a vytváří hodnotový systém oboru ošetrovateľství. Na základě tohoto filozofického směru je na člověka pohlíženo nikoli jako souhrn jednotlivých částí, ale jako na jednotný celek, ve kterém jsou psychika a tělo v neustálé interakci, jsou navzájem spojeny.

(Mastiliaková, 2002)

Současná legislativa definuje ošetrovatelství takto:

„Ošetrovatelská péče, jejímž účelem je udržení, podpora a navrácení zdraví a uspokojování biologických, psychických a sociálních potřeb změněných nebo vzniklých v souvislosti s poruchou zdravotního stavu jednotlivců nebo skupin nebo v souvislosti s těhotenstvím a porodem, a dále rozvoj, zachování nebo navrácení soběstačnosti; její součástí je péče o nevyléčitelně nemocné, zmírňování jejich utrpení a zajištění klidného umírání a důstojné přirozené smrti,“

(zákon č. 372/2011 Sb.)

Cílem současného ošetrovatelství je tedy pomáhat jednotlivcům, rodinám i skupinám dosáhnout tělesného, duševního a sociálního zdraví a pohody, maximalizovat potenciál lidí v péči o sebe sama, provádět prevenci onemocnění, snižovat negativní vliv nemoci na celkový stav člověka, nacházet a uspokojovat potřeby lidí s porušeným zdravím, lidí zdravotně postižených a lidí nevyléčitelně nemocných.

Ošetrovatelská péče je praktickou činností sestry, kterou realizuje cíle v ošetrovatelské praxi. Je považována za koncepci vztahu sestry a pacienta. *„Péči definujeme jako pomoc potřebným formou asistence, podpory, ulehčení a zmocnění ve zdraví, při zlepšování kvality života a při střetu s nemocí, postižením nebo hrozbou smrti. Péče je poskytována humanistickým, empatickým a uctivým způsobem a naplňuje důležité potřeby jedince a jeho rodiny (případně komunity). Pečování je přirozené, univerzální pro celé lidstvo (péče matky o dítě.)“*

(Kutnohorská, 2007)

2.2 Ošetrovatelská péče ve vztahu k dlouhodobé péči

Tato bakalářská práce se zabývá potřebami lidí v dlouhodobé ošetrovatelské péči. Tu můžeme rozdělit na domácí a ústavní. Jako zástupce dlouhodobé ústavní péče jsme zvolili ošetrovatelská lůžka a léčebnu dlouhodobě nemocných.

2.2.1 Domácí péče

Domácí péčí se rozumí *„Zdravotní péče poskytovaná ve vlastním sociálním prostředí pacienta*

(1) Zdravotní péči poskytovanou ve vlastním sociálním prostředí pacienta jsou

a) návštěvní služba,

b) domácí péče, kterou je ošetrovatelská péče, léčebně rehabilitační péče nebo paliativní péče poskytované v domácím prostředí pacienta. “

(zákon č. 372/2011 Sb.)

Domácí ošetrovatelská péče je jedním z nejrychleji se rozvíjejících sektorů zdravotnictví. Umožňuje pacientům/klientům kvalitní péči v jejich přirozeném domácím prostředí. Je poskytována na doporučení praktického lékaře pro dospělé, odborného nebo ústavního lékaře. Je metodicky řízena MZČR a je poskytována všem občanům. Je hrazena z prostředků zdravotního pojištění do rozsahu 3krát denně po 1 hodině. Nadstandardní služby jsou poskytovány za úhradu. Domácí péče je zajišťována státními, městskými, charitativními či soukromými agenturami, a zajišťuje akutní péči o nemocné, péči po propuštění z nemocnice i dlouhodobou péči o chronicky nemocné. U každého pacienta/klienta je vedena samostatná ošetrovatelská dokumentace. Pro domácí péči je nezbytný stabilizovaný klinický stav pacienta/klienta, domácí prostředí umožňující poskytovat péči, i ochota a možnost rodiny nebo jiného laického pečovatele zapojit se do ošetrovatelské činnosti. Neméně důležitá je také dostupnost služeb zdravotních a sociálních, která je vyšší ve větších městech.

(Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004)

„Domácí péče by měla přispívat ke snížení potřeby ústavní péče ve smyslu časnějších propuštění, prevence časných rehospitalizací, oddálení trvalé ústavní péče a intervenční pomoci, k odvrácení akutní hospitalizace. K typickým úkolům domácí péče patří ošetrování chronických ran (bérkové vředy, dekubity) či atonií, aplikace inzulínu či jiných parenterálních léků. I v našich podmínkách se rozšiřuje poskytování rehabilitačních služeb – fyzioterapie i ergoterapie, která zahrnuje též poradenství o kompenzačních pomůckách a bezbariérových úpravách prostředí. Pro rodiny je významná možnost půjčování ošetrovatelských, rehabilitačních a kompenzačních pomůcek včetně polohovacích lůžek. “

(Kalvach, Zadák, Jiráček, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004, str. 471)

Trendem vývoje domácí péče je zlepšení koordinace a návaznosti péče v domácím prostředí, rozvoj domácí péče i domácí hospicové péče, edukace, prevence patologického stárnutí a zlepšování zdravotního stavu populace. V neposlední řadě by měl rozvoj domácí péče přispět ke snižování nákladů na zdravotní péči.

2.2.2 Dlouhodobá ústavní péče

„Dlouhodobá ústavní péče je charakterizována chronicitou a pokročilým stupněm zdravotního postižení, nesoběstačností a závislostí na péči druhé osoby, multidisciplinárním přístupem, zapojením dalších sektorů (komunita, služby), spoluprací zdravotníků se sociálními pracovníky i s laiky (rodina, dobrovolníci, charitní zařízení). Cílem dlouhodobé péče je stabilizovat zdravotní stav nemocného, omezit následky onemocnění a pozitivně ovlivnit kvalitu života. Převládá péče ošetrovatelská, paliativní a rehabilitační. Snahou je zabezpečení péče pokud možno v domácím prostředí s omezením hospitalizací. Léčebny pro dlouhodobě nemocné (LDN) jsou specializovaná lůžková zařízení. Slouží převážně k léčení starých a dlouhodobě nemocných s vysokým průměrným věkem. Jde většinou o osoby nesoběstačné, ale významné jsou i faktory sociální, jak dokumentuje převaha ovdovělých žen mezi jejich pacienty. K výrazným zdravotním problémům přistupuje často psychická alterace. V těchto zařízeních je trvale nedostatek míst.“

(Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004, str. 472)

Následná péče je poskytována nejen formou LDN, ale i jiných léčeben jako například gerontopsychiatrie, ošetrovatelských lůžek, sociálních ošetrovatelských lůžek, ošetrovatelských oddělení domovů důchodců a sociálních hospitalizací.

„Lůžková péče

c) následná lůžková péče, která je poskytována pacientovi, u kterého byla stanovena základní diagnóza a došlo ke stabilizaci jeho zdravotního stavu, zvládnutí náhlé nemoci nebo náhlého zhoršení chronické nemoci, a jehož zdravotní stav vyžaduje doléčení nebo poskytnutí zejména léčebně rehabilitační péče; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též následná intenzivní péče pacientům, kteří jsou částečně nebo úplně závislí na podpoře základních životních funkcí,

d) dlouhodobá lůžková péče, která je poskytována pacientovi, jehož zdravotní stav nelze léčebnou péčí podstatně zlepšit a bez soustavného poskytování ošetrovatelské péče se zhoršuje; v rámci této lůžkové péče může být poskytována též intenzivní ošetrovatelská péče pacientům s poruchou základních životních funkcí.“

(zákon č. 372/2011 Sb.)

2.2.2.1 Ošetrovatelská lůžka

Ošetrovatelská lůžka jsou formou následné péče. Ošetrovatelská lůžka poskytují komplexní medikamentózní, rehabilitační a ošetrovatelskou péči pro chronicky nemocné. Převážná část pacientů je v seniorském věku, ale jsou zde hospitalizováni i pacienti středního a mladšího věku (např. po cévních mozkových příhodách,...), kteří vyžadují dlouhodobou rehabilitační a ošetrovatelskou péči. V péči o pacienty je kladen největší důraz na rehabilitační a kvalitní ošetrovatelskou péči.

2.2.2.2 Léčebny dlouhodobě nemocných

LDN – léčebny dlouhodobě nemocných – jsou zdravotnická zařízení, kam jsou přijímáni pacienti s různými diagnózami k léčbě, stabilizaci, rekondici, rehabilitaci a dlouhodobému ošetrovatelství.

„Léčebna dlouhodobě nemocných (obvyklá zkratka LDN) je v České republice léčebný ústav určený k ošetrování a doléčování pacientů, jejichž zdravotní stav již nutně nevyžaduje pobyt v nemocnici nebo u nichž není perspektiva zlepšení jejich zdravotního stavu. Zpravidla se jedná o lidi pokročilého věku, které není z různých důvodů možné ošetrovat v domácím prostředí..... Některé LDN jsou samostatné (státní i soukromé), jiné jsou součástí nemocnic. Některé LDN se svým charakterem do určité míry přibližují domovům důchodců, v jiných jsou převážně ležící pacienti neschopní jakékoliv sebeobsluhy.“

(www.cs.wikipedia.org/wiki/LDN)

2.3 Nedostatky následné péče

Hlavními nedostatky v systému následné péče jsou nízká informovanost pacientů a jejich rodin o možnostech jak ve zdravotní, tak v sociální sféře, nedostatečně rozvinuté komunitní služby a tím přeplněnost a dlouhé čekací doby na ústavní péči. Chybí dostatečná provázanost mezi jednotlivými složkami péče, často je nedostupná psychologická péče. Dochází k přeceňování, ale i podceňování domácí péče. Nedostatečnou péčí v jednotlivých složkách dochází k nárůstu počtu dlouhodobých pobytů v následné péči.

V systému následné péče by mělo dojít ke změnám. Žádoucími změnami oproti stávajícímu modelu jsou demedicalizace, tj. obnova sociální role chronicky

nemocných, civilní prostředí a oblečení v zařízeních následné péče a podobně. Dále deinstitucionalizace, tedy maximální pomoc rodině a komunitě, aby mohl být nemocný člověk doma, a snaha vytvořit příjemné rodinné prostředí v institucích ústavní péče. Další potřebnou změnou je desektorizace, prolomení bariér mezi zdravotní a sociální sférou, ústavní a ambulantní péčí, profesionální a laickou péčí. V neposlední řadě by mělo dojít k deprofesionalizaci, kdy by měl být odborník v poskytování péče spíše instruktorem a supervizorem laické péče.

(Kalvach, Onderková, 2006)

3 Stáří

Další částí tématu této bakalářské práce je stáří. Kdy je vlastně člověk starý? O stáří hovoříme u lidí starších 60 let. Dle WHO dělíme od 60. let minulého století střední a vyšší věk takto:

1. *„období středního věku: 45 – 59 let*
2. *období raného stáří (staršího věku): 60 – 74 let*
3. *období vlastního stáří (pokročilého, vysokého věku): 75 a více a z tohoto období ještě vyčlenili*
4. *období dlouhověkosti: 90let a více“*

(Hegyí, Krajčík, 2010, str. 32)

O stárnutí populace hovoříme v západních zemích až ve dvacátém století, kdy díky snížení kojenecké úmrtnosti a zlepšení kvality a dostupnosti zdravotní péče dochází k prodloužení průměrné délky života.

(Stuart-Hamilton, 1999)

„Zatímco v roce 1950 bylo v ČR 8% osob ve věku nad 65 let, v roce 2007 to bylo skoro 15%. Rychlejším tempem se v posledních letech zvyšoval podíl osob nad 80 let. V ČR se podle prognózy odhaduje zvýšení počtu osob nad 65 let věku z 15% v roce 2010 na 24% v roce 2030. Ve SR z 12% na 21%. Mezi „nejstarší“ země patří Japonsko s 22% osob starších 65 let v roce 2010 a až 30% v roce 2030.“

(Hegyí, Krajčík, 2010, str. 32)

„Stáří je obtížně definovatelná poslední fáze života, v níž se nápadněji projevuje involuce, souhrn involučních změn (zánikových, „poklesových“, atrofických), se zhoršováním zdatnosti, odolnosti a adaptability organismu.“

(Kalvach, Onderková, 2006, str.7)

3.1 Společnost a stáří

Dříve se na staré lidi pohlíželo ze dvou stran. Jednak jako na moudré, trpělivé a laskavé osoby, a jednak jako na nemocné, nesoběstačné, chudé, ošklivé lidi zatěžující společnost. Dnes se oba názory míchají dohromady a žijí vedle sebe. Opěvujeme moudré stáří, ale nevěříme mu. Postoj ke stáří je ovlivněn také tím, že starých lidí přibývá, nejsou nám tudíž už tak vzácní.

Zatímco člověk se ve stáří nejvíce obává osamělosti a nemocí dané nesoběstačností, společnost se obává, že s nárůstem počtu starých lidí v populaci vzroste nemocnost a z toho pramenící velká ekonomická zátěž.

Z celospolečenského hlediska je ve vztahu ke starým lidem možný dvojí protikladný postoj:

- Vylučování jedinců z běžného života – ageismus - v podobě předsudků vůči starým a chronicky nemocným, překážky ve styku s okruhem zdravých, mladých lidí, vytvářením sociálních stereotypů, byrokratizace ústavní péče atd.
- Uplatňování neintegračních záměrů – osvěta pro jednotlivce v mládí i stáří, vytváření vhodných podmínek fyzickou, mentální a sociální aktivitou, dostupnost služeb jak obecných, tak i sociálních a zdravotních, vytváření podmínek života postižených jejich materiálním zajištěním, technickými prostředky, bezbariérovým bydlením, návštěvní službou v domácnosti, podporou kontaktu s nepostiženou populací apod.

(Kalvach, Onderková, 2006)

3.2 Začlenění seniorů do společnosti

Pro začlenění seniorů do společnosti je nutná důsledná individualizace a respekt k heterogenitě seniorské populace. Je nutná zdravotně-sociální provázanost služeb, zapojení zdravotnických služeb do celkového kontextu celospolečenských opatření. Pak mohou být společenské služby a projekty pro seniory úspěšné.

Aby se senioři začlenili do společnosti, je důležité, aby si podrželi činnosti a kontakt se světem i ve vyšším věku, postupně se vyvazovali ze svých aktivit, popřípadě aktivity, které jsou příliš náročné, nahradili vhodnějšími.

Dostatečná pohybová aktivita je nejpřirozenějším a nejlepším základem pro zachování zdraví celého organismu do vysokého věku. Schopnost pohybu je velmi důležitá i při posuzování potřeb seniora. V průběhu života se schopnosti člověka mění v závislosti na věku, v seniorském věku klesají. Nejvýraznější je tento pokles právě ve fyzické aktivitě seniora. Duševní výkonnost sice také klesá, mnohdy ale převyšuje fyzickou výkonnost již od středního věku a tento rozdíl je patrný až do vysokého věku.

Inaktivita seniorů se tedy netýká jen fyzické inaktivity, který vede i nevýkonnosti, svalové dystrofii a dušnosti, ale také mentální inaktivity, jejímiž projevy mohou být poruchy paměti a omezování slovní zásoby. V neposlední řadě sociální pasivita a

izolace může vést k nejistotě z nových situací. Inaktivita seniorů nemusí být nutně podmíněna poruchou zdravotního stavu, přesto je jedním z nejvýznamnějších rizikových faktorů morbidit a mortality. Její důsledky jsou však reverzibilní i ve vysokém věku.

(Hegyi, Krajčík, 2010)

3.3 Senior v rodině

Pro seniory jsou důležité kontakty s přáteli, bývalými spolupracovníky a navazování nových přátelských vztahů, ale hlavně kontakt s rodinou.

Rodina a sociální kontakty tak mají nezastupitelnou roli v léčbě seniora.

Dříve byli senioři součástí vícegenerační rodiny, kde měli všichni její členové společné bydlení i práci, postupně si předávali ekonomické vedení, moudrost i řemesla, seniorům byla s úbytkem sil svěřována lehčí práce, dožívali v blízkosti rodiny, na výminku. V posledních desetiletích však vícegeneračních rodin výrazně ubývá. V současnosti při společném bydlení nemají všichni společnou práci, všechny generace jsou emancipované, chtějí si dělat věci po svém. Nyní dokonce převládá tendence k oddělenému bydlení dětí a rodičů se snahou zachovat vzájemné kontakty. Vzájemná výpomoc a péče je však obtížnější.

Senior, který je členem vícegenerační rodiny, má při onemocnění mnohem lepší postavení než osamělý starý člověk. Na druhou stranu ale rodina, která neopustí svého starého nemocného člena je zatížena fyzicky, psychicky a někdy i ekonomicky. Tato zátěž postihuje všechny členy rodiny a mnohdy je překážkou pro poskytování péče o nemocné seniory v domácím prostředí. Je také důležité, aby rodina chtěla, uměla a mohla o nemocného seniora pečovat. Neméně důležité je i rozhodnout se, kdo bude o seniora pečovat, zda jen jeden člen rodiny, nebo se budou podílet i ostatní členové rodiny, nebo cizí pečovatelé. A v neposlední řadě je důležité rozhodnout se, kde bude o seniora pečováno, zda v jeho domácím prostředí, v bytě pečovatele, nebo na dálku. Sestěhování seniora s rodinou je často obtížné pro obě generace. Navíc byt, kde bude o seniora pečováno, je téměř vždy nutné upravit, přizpůsobit potřebám nemocného seniora. Zátěž pečovatelů je možné snížit střídáním v pečování, využitím denních stacionářů, respitní péče.

(Hegyi, Krajčík, 2010)

Rodina však seniorovi saturuje psychosociální potřeby, zejména pak potřebu citové jistoty, bezpečí, zázemí, potřeby mít někoho rád, potřebu o někoho pečovat a naopak mít někoho, kdo bude pečovat o něj.

V dlouhodobých partnerských vztazích seniorů partneři navzájem pečují sami o sebe, ženy většinou pečují častěji. Ženy celý život zvládaly zaměstnání a domácnost, po odchodu do důchodu jim zbyla domácnost, kdežto muži daleko častěji ztrácí odchodem do důchodu smysluplnou náplň volného času. Staří lidé mají mnohem méně sociálních kontaktů, mnohem hůře se seznamují s novými lidmi, hůře hledají nového partnera v případě ovdovění. Ženy mají obecně nižší platy, pak mají i nižší důchody, což je velký problém, pokud zůstanou samy, bez partnera. Muž, když ovdoví, spíše ztrácí pečující ženu, má problémy s domácností.

Senioři, zvláště ženy, ve vícegeneračních rodinách většinou pomáhají s výchovou vnoučat, často se ale ještě starají o své ještě starší rodiče. Od mužů se naopak očekává předávání zkušeností nové generaci. Zde je ovšem velký problém v zájmech mladé generace o výpočetní techniku, které senioři často nerozumí.

(Bártlová, 2005)

3.4 Zdraví a nemoci ve stáří

Pokrok v lékařství přinesl za posledních několik desetiletí pokles úmrtnosti v důsledku nejzávažnějších nemocí, jako jsou srdeční choroby a rakovina. Průměrná délka života je dnes nejdelší v historii lidstva. Tyto pokroky medicíny však mají i svou odvrácenou tvář a to nárůst více či méně závažných chronických chorob. Medicína nám sice v současné době umožní žít déle, část života však prožíváme v horším zdravotním stavu. A nemusí se jednat jen o následky chorob, ale i o následky involučních změn.

(Barsky, Deans, 2006)

„Nemoc výrazně zasahuje do života člověka. Mění se oblast emotivity a reaktivity. Při dlouhodobé nemoci dochází nejen ke změnám v chování, ale i k defektu některých stránek osobnosti. Není výjimečné, že se pacient cítí nešťastný. Ne každý člověk je schopen vyrovnat se s obtížemi chorob ve stáří. Někteří k tomu potřebují pomoc druhých lidí, jiní ji odmítají a realizují maladaptivní, tj. částečné přizpůsobení. Na tom, jak člověk přijímá svou nemoc, závisí i kvalita jeho života v nemoci.“

(Haškovcová, 2010, str. 250)

Zvláštnostmi nemocí ve stáří se zabývá samostatný medicínský obor nazývaný Geriatrie. Zabývá se diagnostikou a managementem onemocnění ve stáří, širšími souvislostmi z pohledu veřejného zdravotnictví. Ujímá se pacientů v seniorském věku s nespecifickou symptomatologií, multimorbiditou, nemocných seniorů, kterým hrozí komplikace odvrátitelné speciálním geriatrickým režimem. Dochází k vytváření samostatných geriatrických oddělení, nebo alespoň stálých geriatrických týmů s odborníky nejen v ošetrovatelství, ale i v ergoterapii, fyzioterapii, psychologii a ve spojení se sociálními pracovníky a se specialisty z lékařských oborů jako je neurologie, psychiatrie a další. Cílem geriatrie je optimalizace zdravotního a funkčního stavu seniora, odvrácení ztráty jeho soběstačnosti.

„Jisté je, že chybí-li zdraví nebo je-li výrazným způsobem oslabeno, je třeba sladit individuální aktivity s aktuálními možnostmi. Nabízí se otázka, zda starý člověk, trpící samotou, ztrátou elánu, řadou obtíží nebo dlouhodobou nemocí, může žít kvalitní život. Odpověď je jednoduchá: někdo může, každý by se měl o to alespoň pokusit.

Realizovat kvalitní život v nemoci je nesnadné a komplikované. Mnohé je třeba škrtnout, omezit, oželeť nebo změnit. Je třeba žít jinak. Je třeba naučit se žít se svou nemocí, a to není lehké nikdy a pro nikoho. Takové „učení“ představuje zápas a nelehkou osobní cestu směřující k naplnění individuálních cílů.“

(Haškovcová 2010, str. 255)

3.4.1 Typické poruchy stáří

Stárnutí postihuje prakticky všechny orgány lidského organismu, které tak ztrácejí svou funkční rezervu. Takový organismus je pak mnohem méně přizpůsobivý při změnách podmínek vnějšího i vnitřního prostředí, snižují se jeho adaptační schopnosti a k jeho dekompenzaci pak stačí mnohem mírnější podněty, než u organismu mladšího. Tyto involuční změny a multiorgánová patologie charakterizují vznik, vývoj a projevy chorob ve stáří. Nemoc ve stáří je výsledkem spíše jakéhosi kumulativního zdravotního stavu, než jen souhrnem chorob, protože rezervy stárnoucího organismu jsou omezenější. Seniorsy proto postihují jiné choroby, zejména chronické a degenerativní, jako například ateroskleróza a jí podmíněné choroby, diabetes mellitus, chronická obstrukční plicní nemoc, osteoporóza, artróza, Alzheimerova choroba, poruchy zraku, sluchu a deprese.

Současně s onemocněním, zejména akutním, dochází často ke změně možnosti pohybu, změny prostředí, sociálních kontaktů. Tyto změny zasahují nejen do biologických potřeb pacientů, ale i do psychických a sociálních potřeb pacienta. U starých lidí je tento stav ještě vystupňován jeho polymorbiditou a psychickým stavem. Senior se pak často vrací do stadia podobného dětskému věku s podobnými reakcemi i chováním. V průběhu nemoci je senior zcela, nebo alespoň omezeně, vyřazen z plnění svých sociálních funkcí, které jsou mnohdy věkem, odchodem do důchodu a chronickými nemocemi již značně omezené. Sociální důsledky nemocí se projevují nejen v sociálních funkcích seniora, ale i v životě celé rodiny. Někdy narušuje vztahy mezi partnery. Chronické onemocnění je o to závažnější, že senior musí své sociální role měnit dlouhodobě, někdy i trvale. Změny v oblasti sociálních rolí mohou vést k psychickým depresím, nemoc prohlubuje sociální izolaci a osamění.

(Bártlová, 2005)

Mezi typické zdravotní problémy ve stáří řadíme poruchy spánku, amentní stav, stařeckou demenci a depresi.

Častou poruchou spánku je nespavost – insomnie – ať už se jedná o obtížné usínání, časně probouzení nebo časté probouzení během noci. Opakem nespavosti je hypersomnie, neboli zvýšená spavost. Senioři také často trpí spánkovou inverzí, to znamená, že spí přes den a v noci spát nemohou.

Další závažný stav seniorů je amence, stav dezorientovanosti, zmatenosti. Nejčastěji vzniká na základě aterosklerózy a může probíhat chronicky i akutně. Většinou vzniká v noci, kdy se senior probudí, je dezorientovaný ve všech kvalitách, zmatenost je často provázena velkou úzkostí, strachem, motorickým neklidem a poruchou paměti.

Stařecká demence je důsledkem úbytku rozumových schopností, zhoršení paměti, která může vést až k zapomětливosti, neschopnosti logického úsudku, abstraktního myšlení. Chybí sebekritičnost, může se objevit i agresivita, deprese a zmatenost.

Deprese je dlouhodobá porucha nálady, kdy je senior bezdůvodně smutný. Bývá často spojena s hypoaktivitou. Jedná se o poměrně časté onemocnění seniorů hlavně u lidí bez partnera. Deprese může končit i sebevraždou.

3.4.2 Hodnocení zdravotního stavu seniorů

Hodnocení zdravotního stavu seniorů je velmi obtížné. Choroby nemusí probíhat tak jako u mladší populace, převážně se projevují méně výraznými symptomy, díky nimž

často dochází k nedostatečné diagnostice některých onemocnění a symptomů. Seniori mají také větší sklon ke komplikacím. Nemoci pak mají častěji netypický průběh a závažnější funkční a sociální důsledky.

Prudká změna sociální role, například při nutnosti ústavní péče, často výrazně narušuje sebehodnocení seniora, vnucuje člověku pasivní roli příjemce péče a vede i k senzorické deprivaci a tím ke změně prožívání až k amenci. U seniorů musíme proto aktivitu podporovat, protože pasivní čekání na uzdravení nefunguje.

„K důležitým pojmům při posuzování zdraví patří adaptabilita, schopnost a kapacita vyrovnávat se s různými zátěžemi, nároky a změnami vnitřního i vnějšího prostředí. Dále funkčnost, schopnost a potenciál zachovávat integritu svého prostředí (vnitřního i vnějšího), svých činností, rolí, dosahování cílů.“

(Kalvach, Zadák, Jirák, Zavázalová, Sucharda a kol., 2004, str. 115)

3.4.3 Soběstačnost a závislost

Pro zdravotní postižení ve vyšším věku je charakteristická hierarchie ztráty funkčních schopností. Nejdříve bývá postižena schopnost činností, jako např. řízení auta a cestování, při těžším postižení ztrácí senior i schopnost provádět sebeobslužné činnosti a nakonec i schopnost se najíst a pohybovat na lůžku. Výskyt postižení stoupá s věkem, častější jsou i vícečetná postižení. Velmi významný vliv na postižení seniorů mají i sociální faktory, jako nevyhovující bydlení, nedostupnost pečovatele, nízký důchod, změna bydliště apod. Proto součástí geriatrického vyšetření nemocného seniora musí být i podrobná sociální anamnéza.

(Topinková, 2010)

Jedním z hlavních cílů moderního ošetrovatelství je obnova nebo zachování sebepéče a soběstačnosti pacienta/klienta na nejvyšší možné úrovni.

Sebepéčí se rozumí samostatné vykonávání denních aktivit, jako například stravování, mytí, oblékání, umývání, vyprazdňování.

Soběstačnost je mírou samostatnosti, popřípadě spoluúčasti, pacienta/klienta při vykonávání denních aktivit.

Při poskytování ošetrovatelské péče u seniorů hodnotíme nejen rozsah a závažnost postižení, ale posuzujeme především jejich soběstačnost.

Přesné hodnocení úrovně sebepéče a soběstačnosti pacienta/klienta je důležitou součástí ošetrovatelského procesu. Sebepéči a soběstačnost pacienta/klienta hodnotíme nejčastěji

Barthelovým testem základních denních činností a Testem instrumentálních všedních činností.

„Soběstačný (samostatný) je člověk, který nemá podstatné omezení tělesných ani duševních schopností a který samostatně a bez pomoci nebo asistence druhých osob zvládá všechny potřebné činnosti denního života v prostředí, v němž žije. Pokud pacient vyžaduje podporu, dohled nebo pomoc druhé osoby, hovoříme o závislosti.“

Tab.č.1 Soběstačnost v seniorské populaci ČR

<i>Soběstačnost</i>	<i>Věková skupina 60-74 let</i>	<i>Věková skupina nad 80 let</i>
<i>Zcela soběstační</i>	84,8%	48,6%
<i>Částečně soběstační</i>	12,5%	34,9%
<i>Nesoběstační</i>	2,9%	16,6%

(Topinková, 2010, str. 7)

3.4.4 Stařecká křehkost

„„Stařecká křehkost“ (z angl. frailty) nemá dosud v české lékařské terminologii vhodný ekvivalent. Křehkost, respektive rizikovost, je způsobena jak fyziologickým poklesem výkonnosti orgánů ve stáří, tak zejména úbytkem svalové hmoty (sarkopenii) v důsledku rekondicionace, úbytkem kostní hmoty (osteopenii až osteoporózou) a sníženou pevností kostí, zhoršením mobility, vytrvalosti, svalové síly a koordinace, popřípadě i poruchou imunity a kognitivních funkcí a kardiovaskulární výkonnosti. Tito nemocní jsou ohroženi disabilitou v provádění běžných činností, nesoběstačností, pády, zlomeninami, inkontinencí a nepříznivým vývojem zdravotního stavu v následujících letech. Akutní dekompenzace vedou k (opakovaným) hospitalizacím, zvyšují spotřebu zdravotních a sociálních služeb i dlouhodobé péče.“

(Topinková, 2010, str. 9)

Mezi trvalé markery seniorské křehkosti patří věk nad 85 let, senior dlouhodobě na hranici soběstačnosti, velmi náročné bytové podmínky, funkčně významné chronické progredující onemocnění, trvalé následky nemoci jako hemiparézy nebo amputace, časté hospitalizace.

Jako dočasné markery seniorské křehkosti označujeme ovdovění, přestěhování, návrat z nemocnice, funkčně významné akutní onemocnění nebo úraz, kalamitní počasí, podezření na zneužívání seniora.

4 Potřeby

Potřeby jsou hlavním tématem, kterým se tato práce zabývá.

„Lidská potřeba je stav charakterizovaný dynamickou silou, která vzniká z pocitu nedostatku nebo přebytku, touhou něčeho dosáhnout v oblasti biologické, psychologické, sociální nebo duchovní. Naplnění potřeb směřuje k vyrovnaní a obnovení změněné rovnováhy organismu – homeostázy. Potřeby jsou nutné, užitečné, velmi úzce souvisí se zachováním a kvalitou života.“

(Šamánková a kol., 2011, str.)

„Potřeby jsou základní motivační silou v chování lidí. Proces uspokojování potřeb je cyklický a dočasný. Celý život člověka je možné chápat jako neustálé uspokojování různých potřeb, kterým není přikládána stejná váha. Některé potřeby jsou chápány jako nutnost, jako jíst, spát, vyprazdňovat se a další. Tyto základní potřeby jsou saturovány – uspokojeny téměř automaticky. Vyšší potřeby se stávají přáními a tužbami, mají vědomé zaměření, lidé jim věnují pozornost a sílu. Mají pro člověka značnou hodnotu.“

(Chloubová, 3/2005)

Množství a intenzita potřeb závisí na pohlaví a věku jedince, na jeho kulturní a společenské úrovni, sociálním zajištění, na prostředí, ve kterém vyrůstal, ve kterém žije, na jeho inteligenci, zdravotním stavu, formě nemoci (akutní, chronická), na adaptačních schopnostech, léčebném režimu, psychickém stavu, kontaktu s rodinou, životních zkušenostech a jiných okolnostech.

4.1 Potřeby v ošetrovatelství

Teorie potřeb je v ošetrovatelství důležitá pro poznání a uspokojování vlastních potřeb i pro pochopení potřeb druhých. Potřeby jsou podkladem pro ošetrovatelský proces, zejména pro hodnocení nemocného a plánování ošetrovatelské péče.

O poznání a pochopení potřeb se opírají ošetrovatelské modely jako Teorie základní ošetrovatelské péče Virginie Henderson i u nás v současnosti nejpoužívanější Model funkčních vzorců zdraví Marjory Gordon.

4.1.1 Virginia Henderson

Virginia Henderson v Teorii základní ošetrovatelské péče hodnotí pacienta/klienta jako nezávislou bytost, tvořenou biologickou, psychickou, sociální a spirituální složkou,

která zahrnuje čtrnáct potřeb. Cílem ošetrovatelství je pak řešení problémů pacienta/klienta poskytováním pomoci, snaha o udržení jeho soběstačnosti tak, aby byl schopný hodnotně žít, eventuálně náhrada úbytku soběstačnosti vhodnou ošetrovatelskou péčí. Vedle základních biologických potřeb se soustřeďuje i na psychosociální potřeby jako na udržování upravenosti a čistoty těla, komunikace s jinými osobami, vyjadřování emocí, potřeb, obav, názorů, vyznávání vlastní víry, smysluplné práce, hry nebo účasti na různých formách odpočinku a relaxace, učení, objevování nového, zvědavosti, která vede k normálnímu vývoji a zdraví a využívání dostupných zdravotnických zařízení.

Výše uvedené potřeby mají všichni lidé a jsou uspokojovány nejrůznějšími způsoby života. Existují i bez medicínské diagnózy. Péče odvozená od těchto potřeb slouží při propagaci zdraví i při poskytování péče v nemoci.

(Pavlíková, 2006)

4.1.2 Marjory Gordon

Marjory Gordon v Modelu funkčních vzorců zdraví chápe lidi také jako holistické bytosti, které mají společné funkční vzorce. Tyto vzorce se podílejí na zdraví lidí a na kvalitě jejich života. Ošetrovatelství vychází z identifikace funkčních a dysfunkčních vzorců zdraví. Vzorce jsou úseky chování člověka, které reprezentují ošetrovatelské údaje o pacientovi/klientovi. Pokud jsou vzorce funkční, je člověk zdravý, zatímco dysfunkční vzorec je projevem onemocnění. I v tomto ošetrovatelském modelu jsou vedle základních biologických potřeb zastoupeny potřeby psychosociální. Jedná se o sebepojetí – sebeúctu, role – vztahy, stres, zátěžové situace – jejich zvládání, toleranci, víru – životní hodnoty a jiné.

(Pavlíková, 2006)

4.2 Klasifikace potřeb

Podle podstaty člověka dělíme potřeby na:

- biologické (fyzilogické) potřeby – sem řadíme potřebu potravy, tekutin, oděvu, spánku
- psychické potřeby – vycházejí z individuálního prožívání a vnímání světa
- estetické potřeby – záleží na vyspělosti člověka a jeho požadavků na estetický soulad prostředí

- sociální potřeby – společenské potřeby – potřeba sociálního zázemí a postavení ve společnosti
- sociální a kulturní potřeby – sem řadíme potřebu vzdělání, společenského a kulturního vyžití
- sebevyjádření – touha pochopení, schopnost vyjádřit svá přání a své názory
- duchovní potřeby – jsou potřeby spojené s duchovním zaměřením jedince

Podle důležitosti pro zachování života je možné potřeby dělit na:

- primární – neboli biologické, fyziologické. Bez naplnění těchto potřeb není možné přežití organismu. Zabezpečení primárních potřeb v nemoci je náplní základní ošetrovatelské péče.
- sekundární – neboli sociální, získané. Jedná se o základní společenské potřeby, kdy člověk potřebuje společnost druhých lidí, komunikovat s nimi, potřebuje uplatnění ve společnosti.

(Šamánková a kol., 2011)

4.2.1 Pyramida potřeb

Klasifikací potřeb se zabývalo mnoho psychologů. Nejpoužívanějším dělením potřeb je klasifikace dle Abrahama Maslowa. Maslow byl americký psycholog 20. století, byl jedním ze zakladatelů humanistického proudu v psychologii. Jeho „pyramida potřeb“ vychází z teorie motivace – každý jedinec má individuální systém motivů, který je hierarchicky uspořádán. Vycházel z předpokladu, že níže položené potřeby jsou významnější a jejich alespoň částečné uspokojení je podmínkou pro vznik vývojově vyšších potřeb.

Základnu pyramidy tvoří fyziologické potřeby, které slouží k přežití organismu. Vystupují do popředí při porušení homeostázy a tehdy se stávají dominantními. Patří sem zejména potřeba dýchání, regulace tělesné teploty, potřeba spánku, potravy, vylučování, tělesné aktivity a rozmnožování.

V další úrovni pyramidy se nachází potřeba bezpečí, která je charakteristická touhou po důvěře a bezpečí, touhou být beze strachu a úzkosti. Tato potřeba se objevuje v situaci, při níž dochází ke ztrátě pocitu životních jistot, jako jsou jistota zaměstnání, příjmu, bezpečí, rodiny a zdraví.

Další potřebou je potřeba lásky, charakterizovaná jako potřeba milovat a být milován, být sociálně integrován, potřeba sounáležitosti, náklonnosti, mít přátelský nebo

partnerský vztah, potřeba mít rodinu. Tato potřeba vystupuje do popředí v situacích jako je onemocnění, opuštění.

Jí nadřazená je v pyramidě potřeb potřeba úcty – touha po uznání a respektu druhých, ale také potřeby sebeúcty a sebehodnocení, sociálního statusu.

Nejvyšším bodem Maslowovy pyramidy potřeb je potřeba seberealizace, kdy člověk chce být tím, kým dle svého mínění může být, realizuje své schopnosti a záměry, rozvíjí svou osobnost.

(www.cs.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow)

4.2.2 Dům životních potřeb

Z Maslowovy filozofie a z hierarchie potřeb vychází i Dům životních potřeb PhDr. Heleny Chloubové.

Ta rozdělila svůj Dům životních potřeb na pět etáží.

První etáž, stejně jako základna pyramidy u Maslowa, představuje tělesné, nebo také fyziologické či biologické potřeby.

Druhá etáž obsahuje základní existencionální psychosociální potřeby, nazýváme je také potřebami bytí. Sem řadíme potřebu zdraví, bezpečí a jistoty a to jak ekonomické, tak i fyzické a psychické, potřebu soběstačnosti, bydlení, informací a podnětů, klidu a řádu.

Třetí etáží jsou vyšší psychosociální potřeby vztahové, jako potřeba lásky, sounáležitosti, důvěry, komunikace, rodiny, přátelství, identity, potřeba pečovat o druhé. Jsou to potřeby citového vztahu, člověk chce někam patřit, mít někde kořeny, touží někomu pomáhat a po tom, aby někdo pomohl jemu.

Čtvrtá etáž představuje vyšší psychosociální potřeby self – já. Jsou to potřeby sebeúcty, sebepojetí, úspěchu, uznání, poznání, pochopení, autonomie, moci, ale i potřeba neudělat ostudu a v neposlední řadě potřeba intimity. Tyto potřeby zahrnují myšlenky spojené s vlastním já, člověk chce být první, má potřebu dobrodružství, chce mít zachovanou důstojnost.

Obsahem poslední páté etáže jsou vyšší psychosociální potřeby seberealizace, sebeaktualizace, životní hodnoty, tvůrčí, duchovní, kulturní, pracovní a estetické potřeby a různé zájmy. Člověk má touhu realizovat sám sebe, je pro něj důležité mít uspořádaný žebříček životních hodnot, soustředí se na vzdělávání, kulturní a sociální hodnoty, své zájmy.

Psychosociální potřeby jsou mnohem složitější než potřeby základní, jsou naprosto individuální pro každého člověka, umožňují jeho adaptaci na prostředí a orientaci v prostředí. Jsou základní motivační silou v chování lidí, pomáhají udržet homeostázu, neboli rovnováhu, mezi člověkem a jeho okolím i v člověku samotném. Jsou nadstavbou potřeb biologických, to znamená, že psychosociální potřeby se vynořují po uspokojení potřeb základních. A naopak, pokud nejsou saturovány základní, biologické potřeby jedince, jsou psychosociální potřeby odsunuty do pozadí.

Míra uspokojování lidských potřeb je jednou z důležitých složek kvality života, odráží pocit pohody vycházející nejen z tělesného, ale i ze sociálního a duševního stavu každého jedince.

(Chloubová, 3/2005)

4.3 Změny psychosociálních potřeb ve stáří

Staří lidé si často zachovávají svoji moudrost (krystalickou inteligenci), ale ztrácejí důvtip či bystrost (fluidní inteligenci). Paměť naproti tomu s věkem slábne, což samozřejmě nemusí být pravidlem. Většinou dochází k poruchám krátkodobé paměti, zatímco dlouhodobá bývá zachována. Díky změnám jazyka dochází často k nepochopení starých lidí a naopak k nepochopení mladších lidí lidmi staršími. Ve vyšším věku dochází k postižení sluchu a zraku, které má také velmi nepříznivý vliv na komunikační dovednosti seniorů. Zhoršení tělesného stavu omezuje pohyb a vycházky do obchodů a knihoven, což snižuje možnost, že mohou získávat informace z nejnovějších knih a časopisů. Osobnost lidí se věkem nemění, změny v chování seniorů jsou dány spíše změnou pocitů a postojů, než zvraty v charakterových rysech. Typ osobnosti typický pro stáří neexistuje. Určité typy osobnosti však usnadňují člověku vyrovnat se se stářím snáze než jiné.

(Stuart-Hamilton, 1999)

Věkem, nemocí nebo náročnou životní situací dochází k narušení rovnováhy organismu a k neuspokojení – frustraci potřeb člověka. S vysokým věkem dochází nejen k narušení rovnováhy organismu, ale zejména k narušení psychosociální rovnováhy a rovnováhy s prostředím. Pozornost zdravotníků však bývá často zaměřena jen na biologické potřeby, poruchy zdraví a soběstačnosti. Každý, kdo pečuje o staré lidi, by měl mít vždy na mysli holistický přístup k nemocnému. I psychosomatickou problematiku bychom měli v duchu holistického přístupu chápat jako obousměrný proces - psychické

problémy mohou zapříčinit somatické problémy, či dokonce somatické změny, ale také naopak somatické příčiny (poruchy, choroby) mohou zapříčinit změny psychické.

Hned po saturaci základních potřeb se totiž do popředí dostávají zejména základní psychosociální potřeby existenciální, neboli potřeby bezpečí a jistot. „*Ve stáří dochází právě v této úrovni existenciálních potřeb k frustraci – k poruchám zdraví a soběstačnosti, k vzniku sociálních a ekonomických nejistot, ke změnám a omezenému příjmu a zpracování podnětů a zkreslení informací, ke změnám nároků na bydlení, bezpečí a pomoci. Starý člověk daleko více potřebuje ke svému životu klid – mír, věřit a důvěřovat svému bezprostřednímu okolí a svému „Bohu“, potřebuje znát strukturu a řád svého prostředí, a proto se těžko přizpůsobuje novému prostředí.*“

(Chloubová, 4/2005)

Na první místo ve své hierarchii potřeb řadí staří lidé zdraví. Jeho ztráta je ve stáří způsobena zejména degenerativními procesy, úbytkem tělesných a duševních sil. Je často provázena bolestmi, spíše chronického rázu, která může vyústit v utrpení. Dochází také ke snížení soběstačnosti, někdy velmi výrazné, která vede k pocitům strachu, nemohoucnosti, slabosti, bezmoci až závislosti na kompenzačních pomůckách nebo na pomoci druhých. Vlivem změn mozku a mentálních funkcí dochází ke sníženému vnímání, zhoršení komunikace a tím ke snížení příjmu informací a podnětů, které mnohdy vyústí v dezorientaci v prostředí, další zhoršení komunikace a k prohloubení izolace nemocného seniora. Starý člověk si za svůj život vytvořil svůj řád, který je pak vlivem nemoci nebo změny prostředí narušen, což vede k frustraci seniora, který cítí zmatek, strach, neklid a velmi často je dezorientovaný. Velmi dlouho mu pak trvá, než se na novou situaci adaptuje, potřebuje „svůj čas“ na pochopení nového řádu.

Smysluplnost života bývá narušena zvláště v pokročilém stáří při jednostranném zájmu o uspokojení pouze základních biologických životních potřeb. Pozornost je třeba věnovat i psychosociálním potřebám seniorů, jako jsou důstojnost, autonomie, seberealizace.

Bez užitečnosti pro jiné, bez dostatečné míry komunikace a běžných denních radostí nemají senioři důvod ke zvládání mnohdy závažných obtíží a limitací života s chronickými chorobami a handicapem stáří. Výsledkem může být rezignace, nebo dokonce sebevražedné jednání.

(Chloubová, 4/2005)

4.4 Zjišťování psychosociálních potřeb seniorů

Základním nástrojem zjišťování potřeb seniorů zůstává vstřícný rozhovor, profesionálně vedená komunikace vycházející z důvěry a z podpory důstojnosti. K dalším nástrojům pochopení a respektování seniora patří dokumentování jeho hodnot, přání a rozhodnutí a jejich začlenění do léčebného či ošetrovatelského plánu.

(Pokorná, 2010)

Pro zjišťování psychosociálních potřeb seniorů je důležité získat informace o jeho anamnéze, subjektivních a objektivních potížích. Získané informace jsou důležité zejména pro zajištění individuální ošetrovatelské péče před jejím zahájením i v jejím průběhu. Na konci ošetrování seniora je důležité zjistit, jak byla ošetrovatelská péče efektivní a zajistit další kontinuitu péče, například v domácím prostředí.

K posouzení psychosociálních potřeb seniora používáme testovací škály a zejména anamnestický rozhovor.

(Staňková, 2006)

4.4.1 Testovací škály

Pomocí testovacích škál v ošetrovatelské péči hodnotíme zejména intenzitu bolesti. Být bez bolesti je sice základní potřebou lidí, nikoli psychosociální, bolest však může být zvláště ve vyšším věku značně limitující pro pohyb a sebepéči seniora. Používáme verbální i neverbální škály hodnocení bolesti. Při verbálním hodnocení například senior hodnotí svou bolest číslem na stupnici od 1 do 10. U neverbálních projevů bolesti hodnotíme zejména paralingvistické projevy bolesti, jako pláč, vzdechy, naříkání, dále mimiku obličeje, pohyby končetin (ustrnutí, ucuknutí, tření příslušné oblasti) a projevy aktivity nervového systému (zrudnutí obličeje, bušení srdce, těžké oddychování, nauzeu, zvracení).

V ošetrovatelské péči o seniory je velice důležité i měření kvality psychiky. Je důležité vědět, jak senior reaguje, jak kvalitní jsou jeho psychické procesy, do jaké míry je schopen komunikovat. Používají se zejména jednoduché orientační metody jako Zkrácený mentální bodovací test dle Gainda, Škála deprese pro geriatrické pacienty, nebo Mini-Mental-State test.

V neposlední řadě je důležité hodnocení soběstačnosti seniora. Cílem ošetrovatelství je pomoc nemocnému zůstat soběstačný, nezávislý na pomoci druhých, rozvíjet jeho potenciál k udržení a rozvoji soběstačnosti, aby mohl co nejdéle žít ve svém domácím

prostředí. Nejpoužívanějšími testovacími škálami jsou Barthelův test základních všedních činností (ADL – activity daily living) a Test instrumentálních všedních činností (IADL- instrumental activity daily living).

(Staňková, 2006)

4.4.2 Anamnestický rozhovor, dotazník

Cílem anamnestického rozhovoru není pouze sběr informací, ale také zklidnění pacienta, posílení jeho sebedůvěry a důstojnosti.

Při rozhovoru záleží především na komunikačních dovednostech poskytovatele a příjemce. Měli bychom dodržovat obecné zásady rozhovoru, tedy srozumitelnost, respektovat prostředí, zdravotní stav, pohlaví, vzdělání a věk seniora. Skutečně nasloucháme tomu, co nám člověk říká, dodržujeme zejména osobní a sociální zónu v komunikaci, dáváme najevo svůj zájem a v neposlední řadě bez souhlasu seniora nepředáváme získané informace.

Efektivní komunikace je jedním ze základních prvků identifikace potřeb u seniorů, jimž má být poskytována ošetrovatelská péče. Pro komunikaci se seniorem je důležité komunikovat přímo s ním a ne s doprovázející osobou, zajistit pro komunikaci prostředí bezpečí a jistoty, navázat oční kontakt, přizpůsobit styl komunikace naslouchajícímu seniorovi, vést komunikaci na základě stanoveného cíle, sjednotit verbální a neverbální projevy, identifikovat míru pochopení sdělení a sledovat reakce seniora na obsah sdělení, nemluvit příliš nahlas, ani potichu, udržet plynulé tempo hovoru, nemluvit ani pomalu, ani rychle, neskákat do řeči, přistupovat k seniorovi s respektem a úctou. Využití profesionálního žargonu významně negativně ovlivňuje pochopení pojmů, proto je nutné nalezení společného jazyka. Všeobecně lze říci, že pokud máme zájem se dorozumět, je mnohem větší šance, že se nám to podaří.

(Pokorná, 2010)

K získání informací potřebných k identifikaci potřeb pacienta/klienta je možné použít i dotazník. Tuto metodu jsme využili v této bakalářské práci.

II. VÝZKUMNÁ ČÁST

5. Metodika výzkumu

5.1. Cíle výzkumu

Jak již bylo zmíněno v úvodu, tématem této bakalářské práce jsou vyšší nebo nižší psychosociální potřeby starých a dlouhodobě nemocných lidí. Umět rozpoznat potřeby lidí je pro sestry jednou ze stěžejních dovedností pro stanovování ošetrovatelského plánu. Proto jsme se pokusili o zmapování psychosociálních potřeb právě u starých a dlouhodobě nemocných lidí v souvislosti s formou poskytované ošetrovatelské péče a se stupněm soběstačnosti.

V zadání této práce byly vytýčeny tři hlavní cíle:

1. Zmapování psychosociálních potřeb starých a dlouhodobě nemocných pacientů v jednotlivých formách ošetrovatelské péče
2. Zjistit souvislost mezi uspokojováním psychosociálních potřeb starých a dlouhodobě nemocných pacientů a mírou jejich soběstačnosti
3. Zjistit rozdíly v uspokojování psychosociálních potřeb u starých a dlouhodobě nemocných lidí v jednotlivých formách poskytované ošetrovatelské péče

Hypotézy

Z výzkumných cílů byly formulovány tyto hypotézy:

H₁ – Zmapování psychosociálních potřeb prokáže větší škálu psychosociálních potřeb u starých a dlouhodobě nemocných pacientů v domácí ošetrovatelské péči než u pacientů v dlouhodobé ústavní ošetrovatelské péči.

H₂ – U starých a dlouhodobě nemocných pacientů s vysokou úrovní soběstačnosti budou lépe saturovány psychosociální potřeby než u starých a dlouhodobě nemocných pacientů s nízkou úrovní soběstačnosti.

H₃ – Psychosociální potřeby starých a dlouhodobě nemocných pacientů v domácí ošetrovatelské péči budou lépe saturovány než psychosociální potřeby starých a dlouhodobě nemocných pacientů v ústavní ošetrovatelské péči.

5.2 Metodika výzkumu

5.2.1 Místo výzkumu, výzkumný vzorek

Šetření probíhalo v březnu 2013 ve Šluknovském výběžku a blízkém okolí. Osloveni byli respondenti starší 65 let využívající dlouhodobou domácí nebo ústavní

ošetřovatelskou péčí. Výzkumný vzorek je tedy charakterizován věkem respondentů a současným využíváním dlouhodobé ošetřovatelské péče. Výzkum probíhal na ošetřovatelských lůžkách Lužické nemocnice Rumburk, s.r.o., v Léčebně dlouhodobě nemocných Nemocnice Varnsdorf, p. o., v Domácí ošetřovatelské péči Dany Mrkáčkové Varnsdorf a v Domácí ošetřovatelské péči Anny Horynové Česká Kamenice. Výzkum měl původně podle podkladů k zadání bakalářské práce probíhat v Domácí ošetřovatelské péči Noema Rumburk, tam však nebylo rozdávání dotazníků respondentům majitelkou domácí péče povoleno, proto byla náhradou zvolena Domácí péče v České Kamenici.

Respondenti byli vybíráni náhodně, osloveni byli všichni klienti ústavní a domácí ošetřovatelské péče splňující výše uvedená kritéria v období průzkumu. Celkem bylo osloveno 89 respondentů. Respondenti na ošetřovatelských lůžkách Lužické nemocnice Rumburk byli osloveni osobně, bylo jim vysvětleno téma a význam bakalářské práce a byli ujištěni, že dotazníky jsou zcela anonymní. V Léčebně dlouhodobě nemocných v Nemocnice Varnsdorf oslovila respondenty ergoterapeutka paní Hana Cupalová. Všichni respondenti v ústavní péči vyžadovali pomoc při vyplňování dotazníku. V domácí péči předávaly a dotazníky pomáhaly vyplňovat majitelky výše uvedených agentur domácí péče. Dotazníky na daných pracovištích byly rozdávány se souhlasem vedoucích pracovníků. Protokoly k provádění výzkumu se souhlasy vedoucích pracovníků jsou přílohou č.2 této bakalářské práce.

5.2.2 Výzkumná metoda

K dosažení cílů bylo použito kvantitativní výzkumné metody za pomoci dotazníku. Dotazník byl vytvořen na základě problematiky v daném tématu za spolupráce s vedoucí bakalářské práce PhDr. Alenou Riegerovou.

Byla provedena pilotní studie, kdy bylo rozdáno 5 dotazníků, nebyly zjištěny žádné nedostatky, proto byly dotazníky rozneseny na daná pracoviště.

Dotazník má tři části.

Všeobecné údaje jsou uvedeny v první části dotazníku, jedná se o pohlaví a věk respondentů.

Část A) je zaměřena na hodnocení soběstačnosti respondenta. Je sestavena na základě Barthelova testu základních všedních činností ADL. Obsahuje deset uzavřených otázek.

Část B) je zaměřená na hodnocení vlastních psychosociálních potřeb. Při sestavování této části dotazníku bylo postupováno podle klasifikace potřeb dle Chloubové. Dotazník obsahuje 32 otázek, z toho 12 polouzavřených, ostatních 20 je uzavřených. Otázek je zvoleno větší množství z důvodu mapování potřeb starých lidí v dlouhodobé ošetrovatelské péči, což je jedním z cílů této práce.

Data získaná výzkumem jsou analyticky vyhodnocena. Následně jsou vypracovány tabulky. V tabulkách jsou uvedeny absolutní četnosti (n) a relativní četnosti (π) odpovědí. Vybrané zjištěné hodnoty jsou pro lepší názornost zaneseny do výsečových grafů.

K počítačovému zpracování dat byly použity programy Microsoft Word a Microsoft Excel v operačním systému Windows 95. Hypotézy byly zpracovány pomocí statistického programu STATGRAPHICS Centurion XVI. Při testování byla použita metoda chí – kvadrát test (χ^2), tedy test pro zjišťování závislosti mezi dvěma proměnnými. K potvrzení nebo vyvrácení hypotéz bylo použito srovnání relativních četností dvou proměnných (odpovědi směřujících k uspokojení potřeby a odpovědi signalizujících nevyjádření potřeby).

5.2.3 Výsledky výzkumu

Výsledky výzkumu kopírují strukturu otázek tak, jak byly kladeny respondentům v dotazníku. Výsledky jednotlivých odpovědí na otázky jsou zaneseny do tabulek a sloupcových nebo výsečových grafů.

Všeobecné údaje:

Osloveno bylo celkem 89 respondentů, odpovědělo 87 respondentů.

Celkem odpovědělo:

38 respondentů z domácí ošetrovatelské péče a

49 respondentů z ústavní ošetrovatelské péče.

Z odpovídajících respondentů bylo:

39 mužů, což je 44,8 % z celkového počtu a

48 žen, což odpovídá 55,2 % z celkového počtu respondentů.

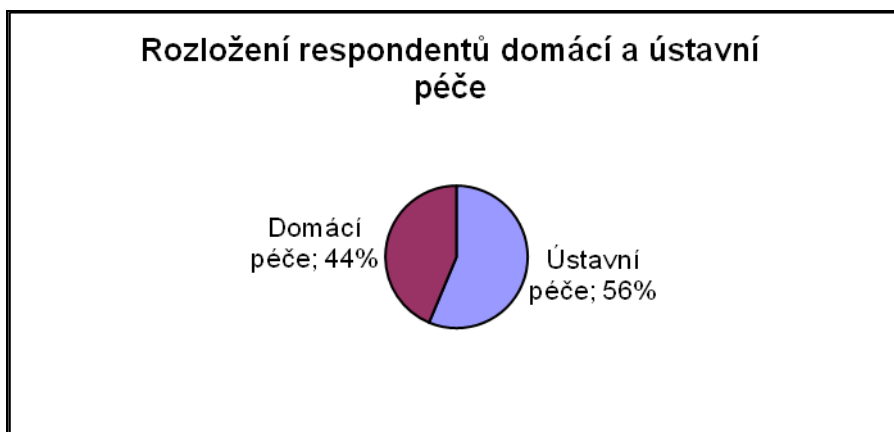
Věk respondentů:

39 respondentů bylo ve věku 65 – 74 let,

26 respondentů ve věku 75 – 84 let a

22 respondentů starších 85 let.

Věk a pohlaví respondentů byly pouze orientační otázky. Cílem těchto otázek bylo potvrdit, že všichni respondenti byli starší 65 let. Oproti tomu poměr respondentů z domácí a ústavní ošetrovatelské péče je jednou z důležitých veličin pro statistické zpracování výsledků šetření, protože forma poskytované ošetrovatelské péče je stěžejní pro dvě testované hypotézy. Následující graf znázorňuje relativní četnost respondentů domácí a ústavní ošetrovatelské péče.



Graf č.1 Rozložení respondentů domácí a ústavní péče

Část A) Hodnocení soběstačnosti:

Při hodnocení soběstačnosti respondentů bylo použito ADL testu dle Barthela, který byl součástí dotazníku. Bodové hodnocení testu:

0 – 40 bodů – vysoce závislý pacient/klient

45 – 60 bodů – závislost středního stupně

65 – 95 bodů – lehká závislost

96 – 100 bodů – nezávislý pacient/klient

Z celkového počtu respondentů bylo:

19 v rozmezí 0 – 40 bodů na stupnici hodnocení soběstačnosti dle Barthela,

12 v rozmezí 45 – 60 bodů,

36 v rozmezí 65 – 95 bodů a

20 mezi 96 a 100 body.

Hodnocení soběstačnosti respondentů je jednou z důležitých veličin pro statistické zpracování výsledků šetření, protože rozlišení respondentů podle soběstačnosti je důležité pro jednu z testovaných hypotéz. Následující graf znázorňuje absolutní četnost

respondentů podle stupně závislosti respondentů.



Graf č.2 Rozložení respondentů podle stupně závislosti

Část B) Hodnocení potřeb:

Při hodnocení otázek zaměřených na psychosociální potřeby je nejprve uvedena daná otázka, pak potřeba, kterou signalizuje. V tabulkách jsou zaneseny absolutní (n) a relativní (π) četnosti odpovědí rozlišené pro domácí a ústavní ošetrovatelskou péči a v dalších tabulkách pro stupně závislosti pacienta/klienta. Každá otázka tedy obsahuje dvě tabulky důležité pro konečné hodnocení hypotéz.

Pro zjednodušení jsou odpovědi typu dobře - spíše dobře, ano - spíše ano pokládány za kladnou odpověď a nejsou v tabulkách dále rozlišovány. Stejně tak odpovědi typu špatně - spíše špatně, ne – spíše ne jsou pokládány za negativní odpověď a nejsou v tabulkách dále rozlišovány.

Odpovědi „nevím“, nebo „mám možnost, ale neúčastním se“ jsou považovány za nevyjádření potřeby.

Pro možnost testovat hypotézu o vztahu psychosociálních potřeb a závislosti P/K jsou respondenti ze skupin s vysokou závislostí a závislostí středního stupně (tedy ze skupiny 0 – 40 a 45 – 60 dle Barthelova testu) označováni jako nesoběstační a zbývající respondenti, tedy ti ve skupině lehce závislých nebo nezávislých P/K (s více než 65 body testu dle Barthela) jsou označováni jako soběstační.

Odpovědi jsou testovány χ^2 , který určí, zda jsou zjištěné výsledky statisticky významné na 5% hladině významnosti. Dále je porovnána relativní četnost (π) odpovědí signalizujících rozdíl uspokojení potřeby v domácí a ústavní péči, a pak u respondentů s nízkou a vysokou mírou soběstačnosti. U otázek, které rozlišují vyjádření a nevyjádření potřeby je porovnávána relativní četnost (π) nevyjádření potřeby v ústavní a domácí péči.

1. Jak vnímáte své zdraví?

Tato otázka signalizuje potřebu zdraví. Kladná odpověď na tuto otázku je považována za uspokojení potřeby, záporná je považována za neuspokojení potřeby a odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č.2 zobrazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.2 Hodnocení ot.č.1 dle druhu péče

ot.č.1	ústavní péče		domácí péče		Celkem
	n	π	n	π	
dobře	13	0,265306	18	0,473684	31
špatně	33	0,673469	14	0,368421	47
nevím	3	0,061224	6	0,157895	9
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0163. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,3075$, jedná se tedy o téměř třetinovou závislost.

Srovnávací testy

H_0 : π domácí péče = π ústavní péče

H_1 : π domácí péče > π ústavní péče

P-Value 0,672074. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_1 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je častěji vyjádřena v domácí než v ústavní péči.

H_0 : π domácí péče = π ústavní péče

H_3 : π domácí péče > π ústavní péče

P-Value 0,0217449. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována v domácí než v ústavní péči.

Tabulka č.3 obsahuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.3 Hodnocení ot.č.1 dle soběstačnosti

ot.č.1	Nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
dobře	3	0,0968	28	0,5	31
špatně	25	0,8065	22	0,3929	47
nevím	3	0,0968	6	0,1071	9
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0004. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,4213$, jedná se tedy o více než třetinovou závislost.

Srovnávací test

H_0 : $\pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

H_2 : $\pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

P-Value 0,0376083. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_1 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných.

2. Jaká je míra Vaší informovanosti o současné nemoci?

Tato otázka signalizuje potřebu informace – kladná odpověď na tuto otázku je považována za uspokojení potřeby, záporná a odpověď „průměrná“ je považována za neuspokojení potřeby.

Tabulka č.4 zobrazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.4 Hodnocení ot.č.2 dle druhu péče

ot.č.2	ústavní péče		domácí péče		Celkem
	n	π	n	π	
dobrá	27	0,55102	18	0,473684	45
špatná	15	0,306122	3	0,078947	18
průměrná	7	0,142857	17	0,447368	24
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0017. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,3833$, jedná se tedy o třetinovou závislost.

Srovnávací test

H_0 : π domácí péče = π ústavní péče

H_3 : π domácí péče > π ústavní péče

P-Value 0,762039. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_3 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována v domácí než v ústavní péči.

Tabulka č.5 obsahuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.5 Hodnocení ot.č.2 dle soběstačnosti

ot.č.2	Nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
dobrá	13	0,4194	32	0,5714	45
špatná	9	0,2903	9	0,1607	18
průměrná	9	0,2903	15	0,2679	24
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,2790. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_2 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,2886$, jedná se tedy o téměř třetinovou závislost.

3. Cítíte se většinu času dobře?

Tato otázka signalizuje potřebu zdraví – kladná odpověď na tyto otázky je považována za uspokojení potřeby, záporná je považována za neuspokojení potřeby a odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č.6 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.6 Hodnocení ot.č.3 dle druhu péče

ot.č.3	ústavní péče		domácí péče		Celkem
	n	π	n	π	
ano	20	0,408163	22	0,578947	42
ne	25	0,510204	16	0,421053	41
nevím	4	0,081633	0	0	4
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0927. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_3 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,2338$, jedná se tedy o třetinovou závislost.

Tabulka č.7 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.7 Hodnocení ot.č.3 dle soběstačnosti

ot.č.3	Nesoběstační		Soběstační		celkem
	n	π	n	π	
ano	9	0,2903	33	0,5893	42
ne	20	0,6452	21	0,375	41
nevím	2	0,0645	2	0,0357	4
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0281. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,2866$, jedná se tedy o více jak čtvrtinovou závislost.

Srovnávací test

$H_0 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

$H_2 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

P-Value 0,0926446. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_2 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných.

4. Jste schopen/a se sám/a dovolat pomoci v případě nutnosti (např. pokud upadnete)?

Tato otázka signalizuje potřebu pomoci a bezpečí - kladná odpověď na tuto otázku je považována za uspokojení potřeby, záporná je považována za neuspokojení potřeby a odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č.8 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.8 Hodnocení ot.č.4 dle druhu péče

ot.č.4	ústavní péče		domácí péče		Celkem
	n	π	n	π	
ano	32	0,653061	25	0,657895	57
ne	11	0,22449	9	0,236842	20
nevím	6	0,122449	4	0,105263	10
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,9656. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_3 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,0284$, jedná se tedy o velmi malou závislost.

Tabulka č.9 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.9 Hodnocení ot.č.4 dle soběstačnosti

ot.č.4	Nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
ano	14	0,4516	43	0,7679	57
ne	14	0,4516	6	0,1071	20
nevím	3	0,0968	7	0,125	10
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0012. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,3937$, jedná se tedy o více než třetinovou závislost.

Srovnávací test

$H_0 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

$H_2 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

P-Value 0,0807034. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_2 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných.

5. Cítíte se být součástí společnosti?

Tato otázka signalizuje potřebu sociální jistoty - kladná odpověď na tuto otázku je považována za uspokojení potřeby, záporná je považována za neuspokojení potřeby a odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č.10 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.10 Hodnocení ot.č.5 dle druhu péče

ot.č.5	ústavní péče		domácí péče		Celkem
	n	π	n	π	
ano	20	0,408163	21	0,552632	41
ne	23	0,469388	15	0,394737	38
nevím	6	0,122449	2	0,052632	8
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,3080. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_3 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,1045$, jedná se tedy o malou závislost.

Tabulka č.11 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.11 Hodnocení ot.č.5 dle soběstačnosti

ot.č.5	Nesoběstační		Soběstační		celkem
	n	π	n	π	
ano	5	0,1613	36	0,6429	41
ne	20	0,6452	18	0,3214	38
nevím	6	0,1935	2	0,0357	8
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0000. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,4796$, jedná se tedy o téměř poloviční závislost.

Srovnávací test

$H_0 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

$H_2 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

P-Value 0,017151. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných.

6. Rozumíte sociálnímu systému – vyplácení důchodů a sociálních dávek?

Tato otázka signalizuje potřebu ekonomické jistoty - kladná odpověď na tuto otázku je považována za uspokojení potřeby, záporná je považována za neuspokojení potřeby a odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č.12 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.12 Hodnocení ot.č.6 dle druhu péče

ot.č.6	ústavní péče		domácí péče		Celkem
	n	π	n	π	
ano	10	0,204082	22	0,578947	32
ne	36	0,734694	13	0,342105	49
nevím	3	0,061224	3	0,078947	6
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0009. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,4030$, jedná se tedy o více než třetinovou závislost.

Srovnávací testy

$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

$H_1 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,532577. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_1 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je častěji vyjádřena v domácí než v ústavní péči.

$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

$H_3 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,000160533. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována v domácí než v ústavní péči.

Tabulka č.13 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.13 Hodnocení ot.č.6 dle soběstačnosti

ot.č.6	Nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	n
ano	5	0,1613	27	0,4821	32
ne	23	0,7419	26	0,4643	49
nevím	3	0,0968	3	0,0536	6
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0119. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,3191$, jedná se tedy o téměř třetinovou závislost.

Srovnávací test

$H_0 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

$H_2 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

P-Value 0,0777279. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_2 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných.

7. Bydlíte:

Tato otázka identifikuje potřebu bydlení - za saturaci potřeby bydlení je považována jakákoliv odpověď kromě „jiné - nemám kde bydlet“.

Tabulka č.14 obsahuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.14 Hodnocení ot.č.7 dle druhu péče

ot.č.7	ústavní péče		domácí péče		Celkem
	n	π	n	π	
vlastní dům	0	0	20	0,526316	20
Vlastní byt	0	0	11	0,289474	11
zdrav. zařízení	49	1	0	0	49
sociální zařízení	0	0	3	0,078947	3
Jiné	0	0	4	0,105263	4
celkem	49	1	38	1	87

Tabulka č.15 obsahuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.15 Hodnocení ot.č.7 dle soběstačnosti

ot.č.7	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
vlastní dům	4	0,129	16	0,2857	20
vlastní byt	1	0,0323	10	0,1786	11
zdrav. zařízení	25	0,8065	24	0,4286	49
sociální zařízení	0	0	3	0,0536	3
jiné	1	0,0323	3	0,0536	4
celkem	31	1	56	1	87

8. Bydlíte:

Tato otázka signalizuje potřebu lásky a sounáležitosti.

Tabulka č.16 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.16 Hodnocení ot.č.8 dle druhu péče

ot.č.8	ústavní péče		domácí péče		Celkem
	n	π	n	π	
sám	0	0	10	0,263158	10
s partnerem	0	0	25	0,657895	25
s rodinou	0	0	3	0,078947	3
Jiné	49	1	0	0	49
celkem	49	1	38	1	87

Tabulka č.17 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.17 Hodnocení ot.č.8 dle soběstačnosti

ot.č.8	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
sám	3	0,0968	7	0,125	10
s partnerem	2	0,0645	23	0,4107	25
s rodinou	1	0,0323	2	0,0357	3
jiné	25	0,8065	24	0,4286	49
celkem	31	1	56	1	87

9. Jaké zdroje informací jsou pro Vás dostupné?

Tato otázka signalizuje potřebu podnětů. V této otázce bylo možné zaškrtnout několik odpovědí.

Odpovědi jeden až dva zdroje, více než 3 zdroje informací jsou považovány za saturaci potřeby, odpověď „žádné“ značí neuspokojení potřeby.

Tabulka č.18 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.18 Hodnocení ot.č.9 dle druhu péče

ot.č.9	ústavní péče		domácí péče		Celkem
	n	π	n	π	
1-2 zdroje	27	0,55102	11	0,289474	38
více než 3 zdroje	8	0,163265	27	0,710526	35
žádné	14	0,285714	0	0	14
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0000. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této

psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,5886$, jedná se tedy o více než poloviční závislost.

Srovnávací test

$$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$$

$$H_3 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$$

P-Value 0,992647. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_3 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována v domácí než v ústavní péči.

Tabulka č.19 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.19 Hodnocení ot.č.9 dle soběstačnosti

ot.č.9	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
1-2 zdroje	18	0,5806	20	0,3571	38
více než 3 zdroje	3	0,0968	32	0,5714	35
žádné	10	0,3226	4	0,0714	14
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0000. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,4945$, jedná se tedy o téměř poloviční závislost.

Srovnávací test

$$H_0 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$$

$$H_2 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$$

P-Value 0,132533. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_2 nepotvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných .

10. Je pro Vás prostředí, ve kterém žijete, prostorem jistoty a klidu?

Tato otázka signalizuje potřebu klidu a míru - kladná odpověď na tuto otázku je považována za uspokojení potřeby, záporná je považována za neuspokojení potřeby a odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č.20 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.20 Hodnocení ot.č.10 dle druhu péče

ot.č.10	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	
ano	24	0,489796	36	0,947368	60
ne	13	0,265306	2	0,052632	15
nevím	12	0,244898	0	0	12
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0000. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,4962$, jedná se tedy o poloviční závislost.

Srovnávací testy

H_0 : $\pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

H_1 : $\pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,130208. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_1 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je častěji vyjádřena v domácí než v ústavní péči.

H_0 : $\pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

H_3 : $\pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,00000244421. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována v domácí než v ústavní péči.

Tabulka č.21 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.21 Hodnocení ot.č.10 dle soběstačnosti

ot.č.10	Nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
ano	14	0,4516	46	0,8214	60
ne	8	0,2581	7	0,125	15
nevím	9	0,2903	3	0,0536	12
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0009. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,4028$, jedná se tedy o více než třetinovou závislost.

Srovnávací test

$H_0 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

$H_2 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

P-Value 0,05111159. Je tedy po zaokrouhlení rovno 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných.

11. Dodržujete pravidelný denní režim?

Tato otázka signalizuje potřebu struktury a řádu - kladná odpověď na tuto otázku je považována za uspokojení potřeby, záporná je považována za neuspokojení potřeby a odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č.22 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.22 Hodnocení ot.č.11 dle druhu péče

ot.č.11	ústavní péče		domácí péče		Celkem
	n	π	n	π	
ano	44	0,897959	35	0,921053	79
ne	2	0,040816	2	0,052632	4
nevím	3	0,061224	1	0,026316	4
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,7244. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_3 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,0861$, jedná se tedy o velmi malou závislost.

Tabulka č.23 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.23 Hodnocení ot.č.11 dle soběstačnosti

ot.č.11	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
ano	29	0,9355	50	0,8929	79
ne	0	0	4	0,0714	4
nevím	2	0,0645	2	0,0357	4
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,2706. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_2 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,1733$, jedná se tedy o velmi malou závislost.

12. Trpíte pocity osamění?

Tato otázka signalizuje potřebu lásky a sounáležitosti – odpověď kladná je považována za neuspokojení potřeby, záporná za uspokojení potřeby a „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č.24 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.24 Hodnocení ot.č.12 dle druhu péče

ot.č.12	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	
ano	30	0,612245	8	0,210526	38
ne	18	0,367347	28	0,736842	46
nevím	1	0,020408	2	0,052632	3
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0009. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,4023$, jedná se tedy o více jak třetinovou závislost.

Srovnávací testy

$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

$H_1 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,559076. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_1 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je častěji vyjádřena v domácí než v ústavní péči.

$$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$$

$$H_3 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$$

P-Value 0,000302896. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována v domácí než v ústavní péči.

Tabulka č.25 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.25 Hodnocení ot.č.12 dle soběstačnosti

ot.č.12	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
ano	23	0,7419	15	0,2679	38
ne	6	0,1935	40	0,7143	46
nevím	2	0,0645	1	0,0179	3
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0000. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,5001$, jedná se tedy o poloviční závislost.

Srovnávací test

$$H_0 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$$

$$H_2 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$$

P-Value 0,0111963. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných .

13. Důvěřujete lidem, kteří o Vás pečují?

Tato otázka signalizuje potřebu důvěry - kladná odpověď na tuto otázku je považována za uspokojení potřeby, záporná je považována za neuspokojení potřeby a odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č.26 obsahuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.26 Hodnocení ot.č.13 dle druhu péče

ot.č.13	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	
ano	38	0,77551	38	1	76
ne	1	0,020408	0	0	1
nevím	10	0,204082	0	0	10
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0076. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,3350$, jedná se tedy o více jak třetinovou závislost.

Srovnávací testy

$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

$H_1 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,173888. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_1 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je častěji vyjádřena v domácí než v ústavní péči.

$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

$H_3 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,00088924. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována v domácí než v ústavní péči.

Tabulka č.27 obsahuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.27 Hodnocení ot.č.13 dle soběstačnosti

ot.č.13	Nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
ano	23	0,7419	53	0,9464	76
ne	0	0	1	0,0179	1
nevím	8	0,2581	2	0,0357	10
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0064. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,3406$, jedná se tedy o více než třetinovou závislost.

Srovnávací test

$H_0 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

$H_2 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

P-Value 0,18179. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_2 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných.

14. Věnují osoby, které o Vás pečují, dostatek času rozhovoru s Vámi?

Tato otázka signalizuje potřebu komunikace - kladná odpověď na tuto otázku je považována za uspokojení potřeby, záporná je považována za neuspokojení potřeby a odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č.28 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.28 Hodnocení ot.č.14 dle druhu péče

ot.č.14	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	n
ano	8	0,163265	38	1	46
ne	38	0,77551	0	0	38
nevím	3	0,061224	0	0	3
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0000. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,8314$, jedná se tedy o více jak čtyř pětinnou závislost.

Srovnávací testy

$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

$H_1 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,388841. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_1 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je častěji vyjádřena v domácí než v ústavní péči.

$$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$$

$$H_3 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$$

P-Value 4,44089E-15. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována v domácí než v ústavní péči.

Tabulka č.29 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.29 Hodnocení ot.č.14 dle soběstačnosti

ot.č.14	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	n
ano	9	0,2903	37	0,6607	46
ne	20	0,6452	18	0,3214	38
nevím	2	0,0645	1	0,0179	3
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0037. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,3592$, jedná se tedy o více než třetinovou závislost.

Srovnávací test

$$H_0 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$$

$$H_2 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$$

P-Value 0,0508534. Je tedy po zaokrouhlení rovno 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných .

15. Jak hodnotíte vztahy vůči své rodině?

Tato otázka signalizuje potřebu rodiny - kladná odpověď na otázku je považována za uspokojení potřeby, záporná a odpověď „průměrné“ je považována za neuspokojení potřeby.

Tabulka č.30 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.30 Hodnocení ot.č.15 dle druhu péče

ot.č.15	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	
dobré	28	0,571429	33	0,868421	61
špatné	14	0,285714	1	0,026316	15
průměrné	7	0,142857	4	0,105263	11
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0035. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,3601$, jedná se tedy o více jak třetinovou závislost.

Srovnávací test

$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

$H_3 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,0013432. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována v domácí než v ústavní péči.

Tabulka č.31 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.31 Hodnocení ot.č.15 dle soběstačnosti

ot.č.15	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
dobré	17	0,5484	44	0,7857	61
špatné	9	0,2903	6	0,1071	15
průměrné	5	0,1613	6	0,1071	11
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0511. Je tedy po zaokrouhlení rovno 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost

uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,2615$, jedná se tedy o více než čtvrtinovou závislost.

Srovnávací test

$H_0 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

$H_2 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

P-Value 0,146042. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_2 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných.

16. Jak často jste v kontaktu s rodinou?

Tato otázka signalizuje potřebu rodiny - v této otázce je za uspokojení potřeby považována odpověď „denně“, ostatní odpovědi značí neuspokojení potřeby.

Tabulka č.32 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.32 Hodnocení ot.č.16 dle druhu péče

ot.č.16	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	
denně	9	0,183673	22	0,578947	31
3x týdně	12	0,244898	6	0,157895	18
1x týdně	12	0,244898	7	0,184211	19
1x měsíčně	7	0,142857	1	0,026316	8
méně často	2	0,040816	2	0,052632	4
nikdy	7	0,142857	0	0	7
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0018. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,4696$, jedná se tedy o téměř poloviční závislost.

Srovnávací test

$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

$H_3 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,0000672035. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována v domácí než v ústavní péči.

Tabulka č.33 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.33 Hodnocení ot.č.16 dle soběstačnosti

ot.č.16	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
denně	8	0,2581	23	0,4107	31
3x týdně	5	0,1613	13	0,2321	18
1x týdně	6	0,1935	13	0,2321	19
1x měsíčně	6	0,1935	2	0,0357	8
méně často	2	0,0645	2	0,0357	4
nikdy	4	0,129	3	0,0536	7
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,1050. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_2 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,3235$, jedná se tedy o téměř třetinovou závislost.

17. Pomáháte svým blízkým?

Tato otázka signalizuje potřebu pečovat o druhé - kladná odpověď na tuto otázku je považována za uspokojení potřeby, záporná je považována za neuspokojení potřeby a odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č.34 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.34 Hodnocení ot.č.17 dle druhu péče

ot.č.17	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	
ano	4	0,081633	24	0,631579	28
ne	43	0,877551	9	0,236842	52
nevím	2	0,040816	5	0,131579	7
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0000. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této

psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,6522$, jedná se tedy o téměř dvou třetinovou závislost.

Srovnávací testy

$$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$$

$$H_1 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$$

P-Value 0,662188. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_1 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je častěji vyjádřena v domácí než v ústavní péči.

$$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$$

$$H_3 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$$

P-Value 2,58424E-8. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována v domácí než v ústavní péči.

Tabulka č.35 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.35 Hodnocení ot.č.17 dle soběstačnosti

ot.č.17	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	n
ano	2	0,0645	26	0,4643	28
ne	28	0,9032	24	0,4286	52
nevím	1	0,0323	6	0,1071	7
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0001. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,4651$, jedná se tedy o téměř poloviční závislost.

Srovnávací test

$$H_0 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$$

$$H_2 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$$

P-Value 0,0388517. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných .

18. Jaké prostředky využíváte ke komunikaci s přáteli?

Tato otázka signalizuje potřebu přátelství. V této otázce bylo možné zaškrtnout několik odpovědí. Respondenti uvádějící jeden až dva prostředky a více než tři prostředky ke komunikaci mají potřebu saturovanou. Odpověď „žádné“ znamená neuspokojení potřeby.

Tabulka č.36 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.36 Hodnocení ot.č.18 dle druhu péče

ot.č.18	ústavní péče		domácí péče		Celkem
	n	π	n	π	
1-2 prostředky	32	0,653061	27	0,710526	59
více než 3 prostř.	0	0	9	0,236842	9
žádné	17	0,346939	2	0,052632	19
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0000. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,4818$, jedná se tedy o téměř poloviční závislost.

Srovnávací test

$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

$H_3 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,000491327. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována v domácí než v ústavní péči.

Tabulka č.37 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.37 Hodnocení ot.č.18 dle soběstačnosti

ot.č.18	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
1-2 prostředky	20	0,6452	39	0,6964	59
více než 3 prostř.	0	0	9	0,1607	9
žádné	11	0,3548	8	0,1429	19
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0102. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,3246$, jedná se tedy o téměř třetinovou závislost.

Srovnávací test

$H_0 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

$H_2 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

P-Value 0,173182. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_2 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných.

19. Zajímáte se o druhé lidi?

Tato otázka signalizuje potřebu pečovat o druhé - kladná odpověď na tuto otázku je považována za uspokojení potřeby, záporná je považována za neuspokojení potřeby a odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č.38 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.38 Hodnocení ot.č.19 dle druhu péče

ot.č.19	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	
ano	31	0,632653	28	0,736842	59
ne	16	0,326531	9	0,236842	25
nevím	2	0,040816	1	0,026316	3
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,5850. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_3 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,1110$, jedná se tedy o velmi malou závislost.

Tabulka č.39 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.39 Hodnocení ot.č.19 dle soběstačnosti

ot.č.19	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
ano	13	0,4194	46	0,8214	59
ne	17	0,5484	8	0,1429	25
nevím	1	0,0323	2	0,0357	3
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0003. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,4313$, jedná se tedy o téměř poloviční závislost.

Srovnávací test

$H_0 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

$H_2 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

P-Value 0,0380191. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných .

20. Jak Vás oslovují lidé, kteří o Vás pečují?

Tato otázka signalizuje potřebu identity.

Tabulka č.40 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.40 Hodnocení ot.č.20 dle druhu péče

ot.č.20	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	
křestní jméno	4	0,081633	12	0,315789	16
pouze příjmení	42	0,857143	15	0,394737	57
Pouze titul	0	0	0	0	0
neutrálně pane/paní	2	0,040816	2	0,052632	4
jinak	1	0,020408	9	0,236842	10
celkem	49	1	38	1	87

Tabulka č.41 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.41 Hodnocení ot.č.20 dle soběstačnosti

ot.č.20	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
křestní jméno	4	0,129	12	0,2143	16
pouze příjmení	23	0,7419	34	0,6071	57
pouze titul	0	0	0	0	0
neutrálně pane/paní	2	0,0645	2	0,0357	4
jinak	2	0,0645	8	0,1429	10
celkem	31	1	56	1	87

21. Chovají se k Vám lidé, kteří o Vás pečují, vlídně?

Tato otázka signalizuje potřebu pozitivního vztahu - kladná odpověď na tuto otázku je považována za uspokojení potřeby, záporná je považována za neuspokojení potřeby a odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č.42 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.42 Hodnocení ot.č.21 dle druhu péče

ot.č.21	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	
ano	41	0,836735	38	1	79
ne	7	0,142857	0	0	7
nevím	1	0,020408	0	0	1
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0328. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této

psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,2802$, jedná se tedy o více než čtvrtinovou závislost.

Srovnávací testy

$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

$H_1 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,462501. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_1 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je častěji vyjádřena v domácí než v ústavní péči.

$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

$H_3 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,00447615. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována v domácí než v ústavní péči.

Tabulka č.43 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.43 Hodnocení ot.č.21 dle soběstačnosti

ot.č.21	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	n
Ano	26	0,8387	53	0,9464	79
Ne	4	0,129	3	0,0536	7
Nevím	1	0,0323	0	0	1
Celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,1761. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_2 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,1998$, jedná se tedy o téměř pětinnovou závislost.

22. Připadáte si dostatečně respektován/a lidmi ve Vašem okolí?

Tato otázka signalizuje potřebu sebeúcty - kladná odpověď na tuto otázku je považována za uspokojení potřeby, záporná je považována za neuspokojení potřeby a odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č.44 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.44 Hodnocení ot.č.22 dle druhu péče

ot.č.22	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	
Ano	31	0,632653	30	0,789474	61
Ne	12	0,244898	2	0,052632	14
Nevím	6	0,122449	6	0,157895	12
Celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0533. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_3 nepotvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,2596$, jedná se tedy o více než čtvrtinovou závislost.

Tabulka č.45 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.45 Hodnocení ot.č.22 dle soběstačnosti

ot.č.22	nesoběstační		soběstační		Celkem
	n	π	n	π	
Ano	16	0,5161	45	0,8036	61
Ne	8	0,2581	6	0,1071	14
Nevím	7	0,2258	5	0,0893	12
Celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0195. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,3008$, jedná se tedy o více než čtvrtinovou závislost.

Srovnávací test

$H_0 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

$H_2 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

P-Value 0,101315. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_2 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných.

23. Jak moc sami sobě věříte?

Tato otázka signalizuje potřebu sebepojetí - kladná odpověď na tuto otázku je považována za uspokojení potřeby, záporná je považována za neuspokojení potřeby a odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č.46 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.46 Hodnocení ot.č.23 dle druhu péče

ot.č.23	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	n
ano	20	0,408163	30	0,789474	50
ne	9	0,183673	4	0,105263	13
nevím	20	0,408163	4	0,105263	24
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0012. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,3927$, jedná se tedy o více než třetinovou závislost.

Srovnávací testy

$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

$H_1 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,0823833. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_1 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je častěji vyjádřena v domácí než v ústavní péči.

$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

$H_3 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,000179795. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována v domácí než v ústavní péči.

Tabulka č.47 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.47 Hodnocení ot.č.23 dle soběstačnosti

ot.č.23	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	n
ano	9	0,2903	41	0,7321	50
ne	8	0,2581	5	0,0893	13
nevím	14	0,4516	10	0,1786	24
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0003. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,4285$, jedná se tedy o téměř poloviční závislost.

Srovnávací test

H_0 : π soběstačný P/K = π nesoběstačný P/K

H_2 : π soběstačný P/K > π nesoběstačný P/K

P-Value 0,0258375. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných.

24. Jste za své pokroky ve snaze o zlepšení zdraví dostatečně chválen/a?

Tato otázka signalizuje potřebu úspěchu, uznání - kladná odpověď na tuto otázku je považována za uspokojení potřeby, záporná je považována za neuspokojení potřeby a odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č.48 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.48 Hodnocení ot.č.24 dle druhu péče

ot.č.24	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	n
ano	23	0,469388	27	0,710526	50
ne	17	0,346939	6	0,157895	23
nevím	9	0,183673	5	0,131579	14
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0666. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_3 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,2496$, jedná se tedy o téměř čtvrtinovou závislost.

Tabulka č.49 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.49 Hodnocení ot.č.24 dle soběstačnosti

ot.č.24	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
ano	10	0,3226	40	0,7143	50
ne	13	0,4194	10	0,1786	23
nevím	8	0,2581	6	0,1071	14
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0019. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,3795$, jedná se tedy o více než třetinovou závislost.

Srovnávací test

$H_0 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

$H_2 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

P-Value 0,0418859. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných .

25. Máte pocit, že osoby, které o Vás pečují, dostatečně dbají na Vaši intimitu?

Tato otázka signalizuje potřebu intimity - kladná odpověď na tuto otázku je považována za uspokojení potřeby, záporná je považována za neuspokojení potřeby a odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č.50 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.50 Hodnocení ot.č.25 dle druhu péče

ot.č.25	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	
ano	25	0,510204	36	0,947368	61
ne	16	0,326531	0	0	16
nevím	8	0,163265	2	0,052632	10
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0000. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,4857$, jedná se tedy o téměř poloviční závislost.

Srovnávací testy

$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

$H_1 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,305052. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_1 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je častěji vyjádřena v domácí než v ústavní péči.

$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

$H_3 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,0000049812. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována v domácí než v ústavní péči.

Tabulka č.51 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.51 Hodnocení ot.č.25 dle soběstačnosti

ot.č.25	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
ano	13	0,4194	48	0,8571	61
ne	10	0,3226	6	0,1071	16
nevím	8	0,2581	2	0,0357	10
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0001. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,4682$, jedná se tedy o téměř poloviční závislost.

Srovnávací test

$H_0 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

$H_2 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

P-Value 0,026899. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných.

26. Můžete se věnovat činnostem, které Vás baví?

Tato otázka signalizuje potřebu seberealizace - kladná odpověď na tuto otázku je považována za uspokojení potřeby, záporná je považována za neuspokojení potřeby a odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č.52 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.52 Hodnocení ot.č.26 dle druhu péče

ot.č.26	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	
ano	6	0,122449	25	0,657895	31
ne	42	0,857143	12	0,315789	54
nevím	1	0,020408	1	0,026316	2
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0000. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,5608$, jedná se tedy o více než poloviční závislost.

Srovnávací testy

$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

$H_1 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,51087. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_1 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je častěji vyjádřena v domácí než v ústavní péči.

$$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$$

$$H_3 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$$

P-Value 1,15782E-7. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována v domácí než v ústavní péči.

Tabulka č.53 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.53 Hodnocení ot.č.26 dle soběstačnosti

ot.č.26	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
ano	4	0,129	27	0,4821	31
ne	27	0,871	27	0,4821	54
nevím	0	0	2	0,0357	2
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0015. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,3858$, jedná se tedy o více než třetinovou závislost.

Srovnávací test

$$H_0 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$$

$$H_2 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$$

P-Value 0,0592158. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_2 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných .

27. Máte nesplněná přání, životní cíle?

Tato otázka signalizuje potřebu sebeaktualizace - odpověď kladná je považována za neuspokojení potřeby, záporná za uspokojení potřeby a „nevím“ za nevyjádření potřeby. Tabulka č.54 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.54 Hodnocení ot.č.27 dle druhu péče

ot.č.27	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	
ano	13	0,265306	18	0,473684	31
ne	31	0,632653	18	0,473684	49
nevím	5	0,102041	2	0,052632	7
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,1214. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_3 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,2202$, jedná se tedy o méně než čtvrtinovou závislost.

Tabulka č.55 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.55 Hodnocení ot.č.27 dle soběstačnosti

ot.č.27	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
ano	8	0,2581	23	0,4107	31
ne	16	0,5161	33	0,5893	49
nevím	7	0,2258	0	0	7
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0009. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,4031$, jedná se tedy o více než třetinovou závislost.

Srovnávací test

$H_0 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

$H_2 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

P-Value 0,372315. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_2 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných.

28. Dosáhli jste ve svém životě všeho, čeho jste chtěli dosáhnout?

Tato otázka signalizuje potřebu životní hodnoty - kladná odpověď na tuto otázku je považována za uspokojení potřeby, záporná je považována za neuspokojení potřeby a odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č. 56 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.56 Hodnocení ot.č.28 dle druhu péče

ot.č.28	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	
ano	31	0,632653	24	0,631579	55
ne	10	0,204082	13	0,342105	23
nevím	8	0,163265	1	0,026316	9
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0662. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_3 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,2497$, jedná se tedy o méně než čtvrtinovou závislost.

Tabulka č.57 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.57 Hodnocení ot.č.28 dle soběstačnosti

ot.č.28	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
ano	17	0,5484	38	0,6786	55
ne	8	0,2581	15	0,2679	23
nevím	6	0,1935	3	0,0536	9
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,1152. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_2 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,2229$, jedná se tedy o téměř čtvrtinovou závislost.

29. Náboženská víra je podle Vás:

Tato otázka signalizuje duchovní potřeby. Odpověď „důležitá hodnota“ a „občasná potřeba“ je považována za uspokojení potřeby, odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby a jiná odpověď ze její neuspokojení.

Tabulka č.58 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.58 Hodnocení ot.č.29 dle druhu péče

ot.č.29	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	
důležitá hodnota	22	0,44898	6	0,157895	28
občasná potřeba	5	0,102041	10	0,263158	15
Nevím	15	0,306122	20	0,526316	35
Jiné	7	0,142857	2	0,052632	9
Celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0662. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_3 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,2497$, jedná se tedy o méně než čtvrtinovou závislost.

Tabulka č.59 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.59 Hodnocení ot.č.29 dle soběstačnosti

ot.č.29	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
důležitá hodnota	13	0,4194	15	0,2679	28
občasná potřeba	3	0,0968	12	0,2143	15
Nevím	14	0,4516	21	0,375	35
Jiné	1	0,0323	8	0,1429	9
Celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,1287. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_2 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali závislost uspokojení této

psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,2553$, jedná se tedy o čtvrtinovou závislost.

30. Poznávám nové duchovní směry, modlím se, medituji:

Tato otázka signalizuje duchovní potřeby – kladná odpověď je považována za uspokojení potřeby, záporná je považována za neuspokojení potřeby a odpověď „nevím“ za nevyjádření potřeby.

Tabulka č.60 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.60 Hodnocení ot.č.30 dle druhu péče

ot.č.30	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	
Ano	11	0,22449	7	0,184211	18
Ne	37	0,755102	28	0,736842	65
Nevím	1	0,020408	3	0,078947	4
Jiné	0	0	0	0	0
Celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,4122. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_3 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,1427$, jedná se tedy o velmi malou závislost.

Tabulka č.61 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.61 Hodnocení ot.č.30 dle soběstačnosti

ot.č.30	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
Ano	8	0,2581	10	0,1786	18
Ne	21	0,6774	44	0,7857	65
Nevím	2	0,0645	2	0,0357	4
Jiné	0	0	0	0	0
Celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,5266. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_2 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,1214$, jedná se tedy o velmi malou závislost.

31. Jaké máte koníčky?

Tato otázka signalizuje potřebu různých zájmů, koníčků. V této otázce bylo možné zaškrtnout několik odpovědí.

Respondenti udávající jednoho až dva koníčky a více než tři koníčky mají potřebu saturovanou. Odpovědi „žádné“ znamenají neuspokojení potřeby.

Tabulka č.62 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π p) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.62 Hodnocení ot.č.31 dle druhu péče

ot.č.31	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	
1 - 2 koníčky	14	0,285714	17	0,447368	31
více než 3	1	0,020408	15	0,394737	16
Žádné	34	0,693878	6	0,157895	40
Celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0000. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,5993$, jedná se tedy o více než poloviční závislost.

Srovnávací test

H_0 : π domácí péče = π ústavní péče

H_3 : π domácí péče > π ústavní péče

P-Value 3,26192E-7. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována v domácí než v ústavní péči.

Tabulka č.63 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.63 Hodnocení ot.č.31 dle soběstačnosti

ot.č.31	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
1 - 2 koníčky	7	0,2258	24	0,4286	31
více než 3	1	0,0323	15	0,2679	16
Žádné	23	0,7419	17	0,3036	40
Celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,0002. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,4377$, jedná se tedy o více než třetinovou závislost.

Srovnávací test

$H_0 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} = \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

$H_2 : \pi_{\text{soběstačný P/K}} > \pi_{\text{nesoběstačný P/K}}$

P-Value 0,0267451. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_2 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných.

32. Máte možnost navštěvovat kulturní akce?

Tato otázka signalizuje kulturní a estetické potřeby. V této otázce bylo možné zaškrtnout několik odpovědí.

Respondenti udávající jednu až dvě akce a více než tři akce mají potřebu saturovanou. Odpověď „mám možnost, ale neúčastním se“ signalizuje nevyjádření potřeby a „nemám možnost“ neuspokojení potřeby.

Tabulka č.64 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle druhu poskytované ošetrovatelské péče.

Tab.č.64 Hodnocení ot.č.32 dle druhu péče

ot.č.32	ústavní péče		domácí péče		celkem
	n	π	n	π	
1 - 2 akce	17	0,346939	5	0,131579	22
více než 3 akce	0	0	5	0,131579	5
mám možnost, ale neúčastním se	14	0,285714	15	0,394737	29
nemám možnost	18	0,367347	13	0,342105	31
celkem	49	1	38	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na druhu poskytované ošetrovatelské péče

H_3 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a druhem poskytované péče.

P-Value 0,0108. Je tedy menší než 0,05, proto hypotézu H_0 zamítáme, hypotézu H_3 potvrzujeme. Na 5% hladině významnosti jsme prokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na domácí či ústavní ošetrovatelské péči. $C_{cr} = 0,3584$, jedná se tedy o více než třetinovou závislost.

Srovnávací testy

$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

$H_1 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,198828. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_1 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je častěji vyjádřena v domácí než v ústavní péči.

$H_0 : \pi_{\text{domácí péče}} = \pi_{\text{ústavní péče}}$

$H_3 : \pi_{\text{domácí péče}} > \pi_{\text{ústavní péče}}$

P-Value 0,798928. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_3 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali, že tato psychosociální potřeba je lépe saturována v domácí než v ústavní péči.

Tabulka č.65 ukazuje absolutní (n) a relativní četnosti (π) odpovědí dle stupně závislosti pacienta/klienta.

Tab.č.65 Hodnocení ot.č.32 dle soběstačnosti

ot.č.32	nesoběstační		soběstační		celkem
	n	π	n	π	
1 - 2 akce	7	0,2258	15	0,2679	22
více než 3 akce	0	0	5	0,0893	5
mám možnost, ale neúčastním se	14	0,4516	15	0,2679	29
nemám možnost	10	0,3226	21	0,375	31
celkem	31	1	56	1	87

$\chi^2 - H_0$: Při saturaci této potřeby nezáleží na stupni soběstačnosti P/K

H_2 : Existuje závislost mezi uspokojením této potřeby a stupněm soběstačnosti P/K.

P-Value 0,1658. Je tedy větší než 0,05, proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_2 neprokazujeme. Na 5% hladině významnosti jsme neprokázali závislost uspokojení této psychosociální potřeby na stupni soběstačnosti P/K. $C_{cr} = 0,2417$, jedná se tedy o čtvrtinovou závislost.

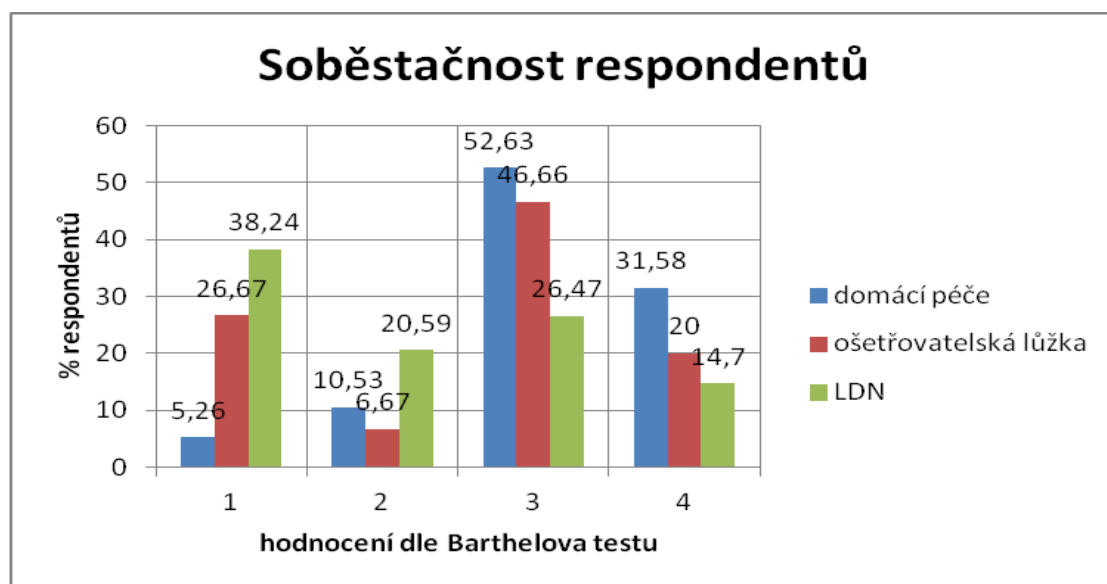
6 Diskuse

Téma psychosociální potřeby u starých a dlouhodobě nemocných pacientů v různých formách ošetrovatelské péče bylo zvoleno proto, aby tato práce byla přínosem v oblasti ošetrovatelské péče o staré lidi. Pro uspokojování potřeb starých lidí v dlouhodobé ošetrovatelské péči je nutné nejen pomáhat při uspokojování těchto potřeb, ale umět tyto potřeby i správně identifikovat.

V diskusní části se pokusíme o celkové zhodnocení zjištěných výsledků.

První část dotazníku se zabývala pohlavím a věkem respondentů. Odpovědělo 39 mužů a 48 žen. To odpovídá tomu, že v seniorském věku je více žen než mužů. 39 seniorů bylo ve věku 65 – 74 let, 26 ve věku 75 – 84 let a 22 ve věku nad 85 let. Celkem tedy odpovědělo 87 respondentů.

Ve druhé části dotazníku byla hodnocena soběstačnost respondentů. Ta byla hodnocena ADL testem soběstačnosti. V grafu č.3 je uvedeno procentuální rozložení respondentů v jednotlivých formách dlouhodobé ošetrovatelské péči rozdělených podle stupně soběstačnosti, kde číslem 1 je označena skupina vysoce závislých respondentů, číslem 2 středně závislých, číslem 3 lehce závislých a číslem 4 zcela nezávislých respondentů.



Graf č.3 Soběstačnost respondentů v %

Z tohoto grafu vyplývá, že nejvíce nesoběstačných klientů starších 65 let je hospitalizováno na LDN. A naopak, nejvíce lehce závislých nebo zcela nezávislých respondentů je z domácí péče. „Celkovým důsledkem dekompenzace zdravotního stavu

je především ztráta soběstačnosti, která znemožňuje samostatný a nezávislý život seniora v domácím prostředí.“ (Haškovcová 2010, str. 251)

Ve třetí části dotazníku byly hodnoceny psychosociální potřeby respondentů.

Pro lepší přehlednost je níže uvedena tabulka č.66 uspokojení potřeb. V tabulce jsou uvedena procentuelní zastoupení uspokojení daných potřeb rozlišené podle formy využívané dlouhodobé ošetrovatelské péče a podle soběstačnosti pacienta/klienta.

Tab.č.66 Přehled uspokojení potřeb v %

Potřeba	ot.č.	Forma péče		Soběstačnost	
		ústavní	domácí	nesoběstační	soběstační
Zdraví	1	26,5	47,4	9,7	50
	3	40,8	57,9	29	58,9
Infomace	2	55,1	47,4	41,9	57,1
Pomoci a bezpečí	4	65,3	65,8	45,2	76,8
Sociální jistoty	5	40,8	55,3	16,1	64,3
Ekonomické jistoty	6	20,4	57,9	16,1	48,2
Bydlení	7	100	100	100	100
	8	100	100	100	100
Podnětů	9	71,4	100	67,7	92,9
Klid a mír	10	49	94,7	45,2	82,1
Struktury a řádu	11	89,8	92,1	93,6	89,3
Lásky a sounáležitosti	12	36,7	73,7	19,4	71,4
Důvěry	13	77,6	100	74,2	94,6
Komunikace	14	16,3	100	29	66
Rodiny	15	57,1	86,8	54,8	78,6
	16	18,4	57,9	25,8	41
Pečovat o druhé	17	8,2	63,2	6,5	46,4
	19	63,3	73,7	41,9	82,1
Přátelství	18	65,3	94,7	64,5	85,7
Identity	20	100	100	100	100
Pozitivního vztahu	21	83,7	100	83,9	94,6
Sebeúcty	22	63,3	78,9	51,6	80,4
Sebepojetí	23	40,8	78,9	29,3	73,2
Úspěchu, uznání	24	46,9	71,1	32,3	71,4
Intimity	25	51	94,7	41,9	85,7
Seberealizace	26	12,2	65,8	12,9	48,2
Sebeaktualizace	27	63,3	47,4	51,6	58,9
Životní hodnoty	28	63,3	63,2	54,8	67,9
Duchovní	29	55,1	42,1	51,6	48,2
	30	22,4	18,4	25,8	17,9
Zájmu a koníčků	31	30,6	84,2	25,8	69,7
Kulturní a estetické	32	34,7	26,3	22,6	35,7

Podle očekávání bylo potvrzeno, že jako dobré hodnotí své zdraví více respondenti v domácí péči, než v ústavní. Subjektivní hodnocení zdraví je lepší i u soběstačných respondentů v porovnání s nesoběstačnými respondenty. Staří lidé často staví zdraví na

první místo svých hodnot a to zejména pokud jsou nemocní. Kvalita života však není vázána pouze na stav zdraví.

(Haškovcová, 2010)

Zajímavé je, že potřeba informace je lépe saturována v ústavní než v domácí péči, i když tento rozdíl není statisticky významný, dalo by se očekávat, že spíše klienti domácí péče budou mít k informacím lepší, nebo snadnější přístup.

Potřeba pomoci a bezpečí byla v tomto dotazníku postavena jako schopnost dovolat se pomoci v případě nutnosti, například v případě pádu. V případě kladné odpovědi na otázku mohli ještě respondenti doplnit způsob, jak pomoc přivolají. Nejčastější možností přivolat si pomoc bylo využití mobilního telefonu. V mnoha případech i volání o pomoc a bouchání do zdi. V ústavní péči bylo velmi častou odpovědí použití zvonku spolupacientem.

Velký rozdíl byl zaznamenán v hodnocení potřeby sociální a ekonomické jistoty u nesoběstačných a soběstačných respondentů. Zatímco rozdíl v ústavní a domácí péči v hodnocení sociální jistoty nebyl tak výrazný, mnohem výraznější rozdíl zde byl v hodnocení ekonomické jistoty.

Jako zdroj informací a podnětů byla uváděna televize. Televizi jako zdroj informací uvedli všichni klienti domácí péče. Na LDN uvedlo sledování televize 21 z 34 oslovených respondentů, zatímco na ošetrovatelských lůžkách jen 6 respondentů z 15. Zatímco na LDN mají přístup k televizi i vysoce závislí P/K, na ošetrovatelských lůžkách se na televizi dívají jen pacienti s lehkou závislostí na ošetrovatelské péči, nebo pacienti zcela nezávislí. V mnohem menší míře bylo jako zdroj informací uváděno rádio. Noviny, časopisy a knihy jsou dostupné spíše v domácí než v ústavní péči. V ústavní péči bylo do dotazníků u novin, časopisů a knih respondenty dopisováno, že k nim mají přístup jen pokud jim je rodina přinese. Šest respondentů v domácí péči využívá i počítač. Jako jiný zdroj informací uvedl jeden respondent reklamní letáky.

Důvěra v pečující osobu a dostatek času na komunikaci s pečující osobou byla mnohem lépe hodnocena respondenty v domácí péči i u soběstačných respondentů. Zajímavé byly poznámky v dotazníku, kdy důvěra v pečující osoby byla menší na LDN a jako důvod bylo uváděno – „podle toho, kdo má službu“. Na nedostatek času pro rozhovor pečujících osob s respondenty nejvíce upozorňovali dotazníky z ústavní péče, kde bylo nejménou uvedeno, že sestry „toho mají moc“. Stejně tak nesoběstační respondenti uvádějí nižší míru uspokojení potřeby komunikace než soběstační respondenti. Je jistě otázkou k zamyšlení, zda ošetrovatelský personál v ústavní péči nemá pro jiné

povinnosti čas na komunikaci s klienty, nebo je komunikace mezi ošetrovatelským personálem a P/K nekvalitní. „*Nezastírejme, že porozumění vážne i mezi potřebnými seniory a profesionálními pečovateli, a to přesto, že je v posledních letech kladen důraz na kvalitní komunikaci. Jsem hluboce přesvědčena o tom, že každý, kdo pracuje v pomáhajících profesích, ví, jak důležitá je komunikace i jak ji provádět. Problém odlišitých zdravotních i sociálních služeb lze spatřovat nikoliv v neznalosti základních principů a technik komunikace, ale v tom, že „visí ve vzduchu“. Jsou zaměřeny převážně na technickou stránku bezchybného komunikačního procesu, nikoliv na obsahy sdělovaného. Pokud se nebudeme pokoušet o vzájemné porozumění, nedojde ke kýžené kvalitativní změně. Zápas o smysl sdělovaného by měl být nadřazen jeho formě.*“

(Haškovcová, 2012, str. 20)

Potřeba rodiny, dobrých vztahů a kontaktu s rodinou je lépe saturována u respondentů v domácí péči. Denní kontakt s rodinou uvádí 57,9% respondentů domácí péče a jen 18,4% respondentů ústavní péče. Zajímavé je, že u nesoběstačných respondentů téměř 55% uvádí dobré vztahy s rodinou a denní kontakt jen necelých 26%. U soběstačných respondentů dokonce více než 78% uvádí dobré vztahy s rodinou a 41% jich uvádí denní kontakt s rodinou. Dobré vztahy v rodině tedy nezávisí na denním kontaktu, ale spíše na kvalitě vztahů v rodině. Nicméně v možnosti denního kontaktu s rodinou nebylo možno rozlišit osobní kontakt od jiné formy. „*Vhodným doplňkem cenného osobního setkávání může být i používání moderních prostředků (mobilní telefony, elektronická pošta), které se již značná část seniorů naučila používat.*“

(Haškovcová, 2012, str. 19)

Jiné formy kontaktu s blízkými však zatím, zejména v ústavní péči, nejsou samozřejmostí.

Potřeba pečovat o druhé je podle očekávání méně saturována v ústavní péči a u nesoběstačných respondentů. V dotazníku byli respondenti v případě kladné odpovědi vyzváni, aby uvedli, jakým způsobem pomáhají. V ústavní péči respondenti uvedli, že pomáhají radou, nebo spořením peněz pro vnoučata. V domácí péči pak respondenti uváděli péči o domácnost, o partnera, o vnoučata, práci na zahradě.

Potřeba přátelství byla hodnocena na podkladě prostředků používaných ke komunikaci s přáteli. Tato potřeba je lépe saturována v domácí péči a u soběstačných respondentů. I v této otázce dotazníku bylo možné zaškrtnout více odpovědí. Nejčastější formou komunikace s přáteli je uváděn telefon, druhou nejčastější odpovědí jsou návštěvy. Tři

z respondentů v domácí péči uvedli komunikaci pomocí e-mailu, dva pomocí Skypu, jeden dokonce za pomoci facebooku. Se stárnutím populace bude zřejmě elektronických forem komunikace u starších lidí přibývat. Tato forma komunikace jistě nenahradí osobní kontakt, je ale velmi vhodné tuto formu podporovat a zavádět i mezi seniory. Myslím si, že komunikace přes počítač je ideální právě pro seniory, zvláště pak pro ty, kteří mají problém s pohyblivostí a s možností osobního kontaktu nejen s přáteli, ale i s rodinou.

Potřeby sebeúcty, sebepojetí, uznání a intimity jsou podle očekávání opět lépe saturovány v domácí péči a u soběstačných respondentů.

Při zjišťování potřeby sebeaktualizace byla v případě odpovědi, že respondent má nesplněná přání a životní cíle, možnost uvedení těchto přání. Svá přání neuvedli všichni respondenti, nicméně nejčastější ze získaných odpovědí bylo zdraví. Pak napravit vztahy s rodinou i s partnerem. V domácí péči lidé uváděli jako své přání ještě cestování. Jeden respondent by si přál vyhrát ve sportce. Tato přání se, s největší pravděpodobností, neliší od přání všech seniorů, možná i většiny lidí.

U otázek na duchovní potřeby je zajímavé, že 43 dotázaných respondentů odpovědělo, že považují náboženskou víru za důležitou hodnotu nebo alespoň občasnou potřebu, na otázku, zda se modlí či meditují, však kladně odpovědělo jen 18 respondentů.

Potřeba zájmů a koníčků je podle očekávání saturována lépe v domácí péči a u nezávislých P/K. I zde bylo možné označit více variant odpovědí. V ústavní péči respondenti nejčastěji označili odpověď jiné a udávali sledování televize, pokud lze tedy sledování televize považovat za koníčka. Jeden z respondentů uvedl karetní hry. Dále se objevovali odpovědi jako četba a luštění křížovek. V domácí péči se kromě četby a křížovek, což byly nejčastější odpovědi, ještě objevuje práce na zahradě, sledování sportovních přenosů v televizi, výlety, ruční práce. Ve dvou případech byla uvedena i práce v garáži nebo v kovodílně. V domácí péči pouze šest respondentů uvedlo, že nemají žádné zájmy a koníčky. V ústavní péči je situace horší, na ošetrovatelských lůžkách uvedlo šest a na LDN dokonce 28 respondentů absenci jakéhokoliv zájmu či koníčku. „V každém věku je dobré pamatovat na hodnotný způsob trávení volného času. Zatímco mladší generace „horko těžko“ vyšetří nějaký čas na své zájmové aktivity, senioři by z nich naopak mohli učinit „páteř“ svého života.“

(Haškovcová 2010, str. 178, 179)

Při uvádění možnosti navštěvovat kulturní akce bylo možné uvést několik možností akcí, kterých se respondenti účastní. Nabízeny byly společné aktivity, protože plní i

důležitou sociální funkci. V domácí péči respondenti nejčastěji navštěvují besedy, chodí do divadla, méně často již na koncerty nebo do kina. Jeden z respondentů uvedl, že navštěvuje vernisáže. V ústavní péči je potřeba rozdělit pobyt na LDN a na ošetrovatelských lůžkách nemocnice. Na ošetrovatelských lůžkách všichni respondenti odpověděli shodně, tedy že nemají možnost navštěvovat kulturní akce. Na LDN celá polovina respondentů uvedla, že navštěvují akce pořádané pro klienty LDN. Mnohokrát připsali i poznámku, že se jim akce moc líbí. Celkem 29,5% respondentů v ústavní péči nemá tuto potřebu vyjádřenou. Zajímavé bylo ale zjištění, že procento nevyjádření této potřeby je mnohem vyšší v domácí péči, a to 39,5%.

7 Výsledky testování hypotéz

H_0 – Zmapování psychosociálních potřeb prokáže stejnou škálu PS potřeb u starých a dlouhodobě nemocných pacientů v domácí ošetrovatelské péči jako u pacientů v dlouhodobé ústavní ošetrovatelské péči.

H_1 – Zmapování psychosociálních potřeb prokáže větší škálu PS potřeb u starých a dlouhodobě nemocných pacientů v domácí ošetrovatelské péči než u pacientů v dlouhodobé ústavní ošetrovatelské péči.

Tab.č.67 Hodnocení hypotézy H_1

číslo otázky	Závislost mezi uspokojením potřeby a formou péče	Vyjádření potřeby častější v domácí než v ústavní péči
1	ano	ne
2	ano	
3	ne	
4	ne	
5	ne	
6	ano	ne
7	ne	
8	ne	
9	ano	
10	ano	ne
11	ne	
12	ano	ne
13	ano	ne
14	ano	ne
15	ano	
16	ano	
17	ano	ne
18	ano	
19	ne	
20	ne	
21	ano	ne
22	ne	
23	ano	ne
24	ne	
25	ano	ne
26	ano	ne
27	ne	
28	ne	
29	ne	
30	ne	
31	ano	
32	ano	ne

Jak je patrné z tabulky č.67, při testování hypotézy H_1 bylo u 12 z 32 otázek použitých v dotazníku ke zjišťování psychosociálních potřeb respondentů, testováno na rozdíl nevyjádření potřeb v domácí a ústavní dlouhodobé ošetrovatelské péči. V ostatních otázkách nebylo možné test provést, nebo nebyla podle χ^2 prokázána statistická významnost rozdílu nevyjádření potřeb v domácí a ústavní péči. Na 5% hladině významnosti nebylo ani v jednom případě prokázáno, že dané psychosociální potřeby jsou častěji vyjádřeny v domácí než v ústavní péči. Proto hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_1 neprokazujeme.

H₀ - U starých a dlouhodobě nemocných pacientů s vysokou a nízkou úrovní soběstačnosti není rozdíl v saturaci psychosociálních potřeb.

H₂ - U starých a dlouhodobě nemocných pacientů s vysokou úrovní soběstačnosti budou lépe saturovány psychosociální potřeby než u starých a dlouhodobě nemocných pacientů s nízkou úrovní soběstačnosti.

Tab.č.68 Hodnocení hypotézy H₂

číslo otázky	Závislost mezi uspokojením potřeby a soběstačností P/K	Lepší saturace potřeby u soběstačných než u nesoběstačných P/K
1	ano	ano
2	ne	
3	ano	ne
4	ano	ne
5	ano	ano
6	ano	ne
7	ne	
8	ne	
9	ano	ne
10	ano	ano
11	ne	
12	ano	ano
13	ano	ne
14	ano	ano
15	ano	ne
16	ne	
17	ano	ano
18	ano	ne
19	ano	ano
20	ne	
21	ne	
22	ano	ne
23	ano	ano
24	ano	ano
25	ano	ano
26	ne	
27	ano	ne
28	ne	
29	ne	
30	ne	
31	ano	ano
32	ne	

Jak ukazuje tab. č. 68, při testování hypotézy H₂ bylo u 20 z 32 otázek použitých v dotazníku ke zjišťování psychosociálních potřeb respondentů se na 5% hladině významnosti prokázáno, že dané psychosociální potřeby jsou závislé na soběstačnosti

respondentů. Jen u 11 z celkového počtu otázek, tedy u 34,38%, se podařilo dokázat, že jsou lépe saturovány u soběstačných P/K, než u P/K nesoběstačných. Protože saturovaných potřeb u soběstačných klientů nebyla nadpoloviční většina, hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_2 neprokazujeme.

H₀ – Psychosociální potřeby starých a dlouhodobě nemocných pacientů budou saturovány stejně v domácí i ústavní ošetrovatelské péči.

H₃ - Psychosociální potřeby starých a dlouhodobě nemocných pacientů v domácí ošetrovatelské péči budou lépe saturovány než psychosociální potřeby starých a dlouhodobě nemocných pacientů v ústavní ošetrovatelské péči.

Tab.č.69 Hodnocení hypotézy H₃

číslo otázky	Závislost mezi uspokojením potřeby a formou péče	Lepší saturace potřeby v domácí než v ústavní péči
1	ano	ano
2	ano	ne
3	ne	
4	ne	
5	ne	
6	ano	ano
7	ne	
8	ne	
9	ano	ne
10	ano	ano
11	ne	
12	ano	ano
13	ano	ano
14	ano	ano
15	ano	ano
16	ano	ano
17	ano	ano
18	ano	ano
19	ne	
20	ne	
21	ano	ano
22	ne	
23	ano	ano
24	ne	
25	ano	ano
26	ano	ano
27	ne	
28	ne	
29	ne	
30	ne	
31	ano	ano
32	ano	ne

Jak je vidět v tab. č.69, při testování hypotézy H₃ bylo u 18 z 32 otázek použitých v dotazníku ke zjišťování psychosociálních potřeb respondentů na 5% hladině významnosti prokázáno, že dané psychosociální potřeby jsou závislé na formě

dlouhodobé ošetrovatelské péče. Další testování pouze u 15 z celkového počtu otázek, tedy u 46,9%, prokázalo, že jsou tyto potřeby lépe satureovány v domácí než v ústavní péči. Protože satureovaných potřeb nebyla u klientů domácí péče nadpoloviční většina, hypotézu H_0 nezamítáme, hypotézu H_3 neprokazujeme.

Je zajímavé, že navzdory výzkumným předpokladům se nepotvrdila ani jedna z testovaných hypotéz. Ze studia literatury bylo nasnadě se domnívat, že zejména v dlouhodobé ústavní péči a u nesoběstačných pacientů dochází k uspokojování zejména základních potřeb, zatímco psychosociální potřeby jsou odsunuty do pozadí.

8 Doporučení pro praxi

Uspokojování potřeb je dynamický proces, potřeby vznikají, jsou uspokojovány a vznikají další. Po uspokojení základních biologických potřeb přichází na řadu uspokojování potřeb psychosociálních. Právě jejich uspokojování určuje kvalitu života. Potřeby u starých a zejména pak nemocných lidí jsou velice specifické. Nejen pacientova nemoc, ale i změna možnosti pohybu, výživy, společenského kontaktu a prostředí zasahuje do jeho duševní sféry. Často dochází k omezení zájmu o věci, které se ho bezprostředně netýkají.

„V kontextu úvah o kvalitě života je nutné, aby taková péče byla kvalitní, protože jen tak se může nemocný „cítit dobře“. Opakovaně bylo doloženo, že i ti, kteří „nevnímají“, „nemluví“, odevzdaně leží na lůžku a „nic“ je nemůže potěšit, svým způsobem registrují své okolí, které může být navzdory náročnému ošetřování vstřícné, nebo chladné a dávající najevo, že takový život už „nemá cenu“ a konkrétní pacient je na obtíž.“

(Haškovcová 2010, str. 258)

Právě proto je důležité navázat s pacientem kontakt, naučit se smysluplně komunikovat, zjišťovat pacientovi potřeby a pomáhat mu je uspokojovat. Nejdůležitější v procesu zjišťování potřeb P/K jsou komunikační dovednosti sester, proto bychom doporučovali se této problematice více věnovat v rámci celoživotního vzdělávání. A to nejen účastí na přednáškách o komunikaci, ale zapojením se do kurzů, kde lze techniku správné a účelné komunikace nacvičit. Nedostatečná komunikace, zejména v ústavní péči, se ukázala jako jeden z velkých problémů.

V případě nutnosti hospitalizace pacienta je pak vhodné vytvářet podmínky pro zapojení rodiny do ošetřování pacienta, například do rehabilitace. Sestry by se měli více zabývat edukací rodinných příslušníků ochotných podílet se na ošetrovatelské péči o svého nemocného seniora a tím umožnit pacientovi rychlejší návrat do domácího prostředí. Edukovat je i v rámci aktivizace pacienta i po psychické stránce, naplnění jeho potřeb sounáležitosti a vztahu k rodině, ale i například potřeby podnětů třeba tím, že mu rodina bude v rámci svých návštěv nosit noviny a časopisy, dá mu k dispozici mobilní telefon, televizi. Pokud rodina o zapojení se do ošetřování nemocného seniora z jakéhokoli důvodu nemá zájem, i tak je pro pacienta důležité udržovat co nejširší kontakt s rodinou. Kontakt s rodinou je možné podporovat i možnostmi telefonické nebo internetové komunikace mezi nemocným seniorem a jeho blízkými, proto by bylo

vhodné takové formy komunikace v dlouhodobé ústavní péči podporovat. V neposlední řadě je potřebné také zapojení dobrovolníků do péče o nemocné seniory.

Dále by mělo docházet ke zcivilnění ústavní péče a oživení života v nich. Kus známého domova, ať již je to obrázek, nebo civilní oblečení, může seniorovi dodat pocit jistoty a perspektivy. Snad i umožnit rychlejší adaptaci na nové prostředí. *„V současnosti je k dispozici celá řada aktivačních terapií, jež bývají běžně používány jak v institucích, tak mimo ně. Jedná se nejen o známou ergoterapii, oblíbenou arteterapii a muzikoterapii, ale třeba i dramaterapii a zooterapii.“*

(Haškovcová 2010, str. 257)

Možnost využití aktivačních terapií vidím zejména v léčebnách dlouhodobě nemocných, ale i v komunitní péči, která by měla navazovat na domácí dlouhodobou ošetrovatelskou péči. Proškolení sester v aktivizaci pacientů, eventuálně jejich stáže na jiných pracovištích ať v tuzemsku nebo v zahraničí, je určitě dobrá cesta, jak zkvalitnit péči v dlouhodobé ošetrovatelské péči.

Stále přetrvává nízká propojenost služeb zdravotních se sociálními a důraz na péči ústavní v rozporu se zájmy pacienta. *„Je zřejmé, že nelze trvale a důsledně oddělovat péči sociální a zdravotní a že je třeba stávající oddělené systémy důmyslně provázat s respektem k pestrým potřebám seniorské populace. Dále je nad slunce jasnější, že péče na lůžku nemá a nemůže být převažující strategií. Je nejen drahá, ale především „nepohodlná“: drtivá část seniorů si přeje zůstat doma i v případě vlastních obtíží i nemoci. Aby se tak stalo, bylo by potřeba podporovat vznik a rozvoj nejrůznějších ambulantních a komunitních způsobů péče a pomoci.“*

(Haškovcová, 2010, str. 233)

V jakékoli formě dlouhodobé péče, bez ohledu na míru soběstačnosti, je důležité respektovat pacienta, jeho osobnost, soukromí, stud, rozhodovací kompetence, pomoci mu při hledání náplně života, najít důstojný a kvalitní způsob poslední etapy jeho života.

9 Závěr

Prvním cílem této bakalářské práce bylo zmapování psychosociálních potřeb starých a dlouhodobě nemocných pacientů v jednotlivých formách ošetrovatelské péče. Zjišťování potřeb se věnuje třetí část dotazníku. Mírou uspokojení těchto psychosociálních potřeb a vztahu uspokojení těchto potřeb s formou poskytované ošetrovatelské péče a s mírou soběstačnosti se zabývá celá výzkumná část této práce. Při závěrečném testování hypotéz se nepodařilo prokázat, že klienti domácí dlouhodobé ošetrovatelské péče mají větší škálu psychosociálních potřeb než klienti dlouhodobé ústavní péče.

Druhým cílem bylo zjistit souvislost mezi uspokojováním psychosociálních potřeb starých a dlouhodobě nemocných pacientů a mírou jejich soběstačnosti. Soběstačnost byla u respondentů testována Barthelovým testem všedních činností, tedy ADL testem. Tento test byl druhou částí dotazníku použitého pro výzkum. Při závěrečném testování hypotéz se nepodařilo prokázat, že množství saturovaných psychosociálních potřeb je vyšší u soběstačných respondentů než u těch nesoběstačných.

Třetím a zároveň posledním cílem této práce bylo zjistit rozdíly v uspokojování psychosociálních potřeb u starých a dlouhodobě nemocných lidí v jednotlivých formách poskytované ošetrovatelské péče. Při závěrečném testování hypotéz se nepodařilo prokázat, že uspokojování psychosociálních potřeb je u klientů domácí ošetrovatelské péči vyšší než u klientů ústavní dlouhodobé ošetrovatelské péče.

Na závěr bychom chtěli dodat, že zjišťování a uspokojování psychosociálních potřeb v ošetrovatelské péči je velmi důležité, zvláště pak uspokojování psychosociálních potřeb starých lidí odkázaných na dlouhodobou ošetrovatelskou péči. Právě kvalita uspokojení těchto potřeb určuje kvalitu života. Cílem ošetrovatelství není jen prodloužení života, ale především snaha, aby život i ve vyšším věku byl plnohodnotný a kvalitní.

Pamatujme, že „kvalita života je především subjektivní prožitková kategorie. Pouze člověk sám může konstatovat, zda se cítí šťastný, nebo alespoň spokojený. Vnější pohled může být nejen povrchní, ale především mylný.“

(Haškovcová 2010, str. 254)

10 Soupis bibliografických citací

- BÁRTOVÁ, Sylva. *Sociologie medicíny a zdravotnictví*. 6. přepracované a doplněné vydání. Vydala Grada publishing Praha, 2005, s. 44 - 103. ISBN 80-247-1197-4
- BARSKY, Artur J., DEANS, Emily C. *Jak lépe žít se zdravotními problémy*. Překlad Hana Loupová. Vydal Portál s.r.o., Praha, 2007, s. 22 - 42. ISBN 978-80-7367-298-0
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Fenomén stáří*. Vydal Havlíček Brain Team, Praha, 2010, s. 170 - 258. Druhé přepracované a doplněné vydání. ISBN 978-80-87109-19-9
- HAŠKOVCOVÁ, Helena. *Sociální gerontologie aneb Senioři mezi námi*. Vydal Galén, Praha, 2012, s. 19 - 20. ISBN 978-80-7262-900-8
- KALVACH, Zdeněk, ONDERKOVÁ, Alice. *Stáří. Pojetí geriatrického pacienta a jeho problémů v ošetrovatelské praxi*. Vydal Galén, Praha, 2006, s. 11 - 35. ISBN 80-7262-455-5
- KALVACH, Zdeněk, ZADÁK, Zdeněk, JIRÁK, Roman, ZAVÁZALOVÁ, Helena, SUCHARDA, Petr, a kol. *Geriatric a gerontologie*. Vydala Grada publishing a.s., Praha, 2004, s. 115 - 472. ISBN 80-247-0548-6
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Etika v ošetrovatelství*. Vydala Grada publishing a.s., Praha, 2007, s. 37 - 48. ISBN 978-80-247-2069-2
- KUTNOHORSKÁ, Jana. *Historie ošetrovatelství*. Vydala Grada publishing a.s., Praha, 2010, s. 13 - 15. ISBN 978-80-247-3224-4
- MASTILIAKOVÁ, Dagmar. *Holisticke přístupy v péči o zdraví*. Vydal NCO NZO, Brno, 2002, 164 s. ISBN 978-80-7013-457-3
- PAVLÍKOVÁ, Slavomíra. *Modely ošetrovatelství v kostce*. Vydala Grada publishing a.s., Praha, 2006, 43 - 103. ISBN 978-80-247-1211-6
- POKORNÁ, Andrea. *Komunikace se seniory*. Vydala Grada publishing a.s., Praha, 2010, s. 49 - 114. ISBN 978-80-247-3271-8
- STAŇKOVÁ, Marta. *Hodnocení a měřicí techniky v ošetrovatelské praxi*. Vydalo NCO NZO Brno, 2006, s. 7 - 37. ISBN 80-7013-323-6
- STUART-HAMILTON, Ian. *Psychologie stárnutí*. Vydal Portál s.r.o., Praha, 1999, s. 43 - 175. ISBN 80-7178-274-2
- ŠAMÁNKOVÁ, Marie, a kol. *Lidské potřeby ve zdraví a nemoci aplikované v ošetrovatelském procesu*. Vydala Grada publishing a.s., Praha, 2011, 136 s. ISBN 978-80-247-3223-7
- TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. Vydal Galén, Praha, 2010, s. 7 - 9. ISBN 978-80-7262-365-5

CHLOUBOVÁ, Helena. *Změny potřeb ve stáří*. Časopis Rezidenční péče roč. 2005, č. 3. Dostupný na www.rezidencnipecemarcom-praha.cz

CHLOUBOVÁ, Helena. *Psychosociální potřeby ve stáří*. Časopis Rezidenční péče roč. 2005, č.4. Dostupný na www.rezidencnipecemarcom-praha.cz

Zákon č. 372/2011 Sb. o zdravotních službách

HEGYI, Ladislav, KRAJČÍK Štefan. *Geriatric*. Vydala Herba s.r.o., Bratislava, 2010, s.32 - 46. ISBN 987-80-89171-73-6

LDN, *Wikipedie: otevřená encyklopedie* [online]. Dostupné z <http://cs.wikipedia.org/wiki/LDN>

Abraham Maslow, *Wikipedie: otevřená encyklopedie* [online]. Dostupné z http://cs.wikipedia.org/wiki/Abraham_Maslow

11 Seznam příloh

Příloha č.1 Dotazník

Příloha č.2 Protokol k provádění výzkumu

12 Seznam tabulek

Tab.č.1 Soběstačnost v seniorské populaci ČR.....	23
Tab.č.2 Hodnocení ot.č.1 dle druhu péče.....	37
Tab.č.3 Hodnocení ot.č.1 dle soběstačnosti.....	38
Tab.č.4 Hodnocení ot.č.2 dle druhu péče.....	39
Tab.č.5 Hodnocení ot.č.2 dle soběstačnosti.....	39
Tab.č.6 Hodnocení ot.č.3 dle druhu péče.....	40
Tab.č.7 Hodnocení ot.č.3 dle soběstačnosti.....	40
Tab.č.8 Hodnocení ot.č.4 dle druhu péče.....	41
Tab.č.9 Hodnocení ot.č.4 dle soběstačnosti.....	41
Tab.č.10 Hodnocení ot.č.5 dle druhu péče.....	42
Tab.č.11 Hodnocení ot.č.5 dle soběstačnosti.....	43
Tab.č.12 Hodnocení ot.č.6 dle druhu péče.....	43
Tab.č.13 Hodnocení ot.č.6 dle soběstačnosti.....	44
Tab.č.14 Hodnocení ot.č.7 dle druhu péče.....	45
Tab.č.15 Hodnocení ot.č.7 dle soběstačnosti.....	45
Tab.č.16 Hodnocení ot.č.8 dle druhu péče.....	46
Tab.č.17 Hodnocení ot.č.8 dle soběstačnosti.....	46
Tab.č.18 Hodnocení ot.č.9 dle druhu péče.....	46
Tab.č.19 Hodnocení ot.č.9 dle soběstačnosti.....	47
Tab.č.20 Hodnocení ot.č.10 dle druhu péče.....	48
Tab.č.21 Hodnocení ot.č.10 dle soběstačnosti.....	48

Tab.č.22 Hodnocení ot.č.11 dle druhu péče.....	49
Tab.č.23 Hodnocení ot.č.11 dle soběstačnosti.....	50
Tab.č.24 Hodnocení ot.č.12 dle druhu péče.....	50
Tab.č.25 Hodnocení ot.č.12 dle soběstačnosti.....	51
Tab.č.26 Hodnocení ot.č.13 dle druhu péče.....	52
Tab.č.27 Hodnocení ot.č.13 dle soběstačnosti.....	52
Tab.č.28 Hodnocení ot.č.14 dle druhu péče.....	53
Tab.č.29 Hodnocení ot.č.14 dle soběstačnosti.....	54
Tab.č.30 Hodnocení ot.č.15 dle druhu péče.....	55
Tab.č.31 Hodnocení ot.č.15 dle soběstačnosti.....	55
Tab.č.32 Hodnocení ot.č.16 dle druhu péče.....	56
Tab.č.33 Hodnocení ot.č.16 dle soběstačnosti.....	57
Tab.č.34 Hodnocení ot.č.17 dle druhu péče.....	57
Tab.č.35 Hodnocení ot.č.17 dle soběstačnosti.....	58
Tab.č.36 Hodnocení ot.č.18 dle druhu péče.....	59
Tab.č.37 Hodnocení ot.č.18 dle soběstačnosti.....	60
Tab.č.38 Hodnocení ot.č.19 dle druhu péče.....	60
Tab.č.39 Hodnocení ot.č.19 dle soběstačnosti.....	61
Tab.č.40 Hodnocení ot.č.20 dle druhu péče.....	62
Tab.č.41 Hodnocení ot.č.20 dle soběstačnosti.....	62
Tab.č.42 Hodnocení ot.č.21 dle druhu péče.....	62

Tab.č.43 Hodnocení ot.č.21 dle soběstačnosti.....	63
Tab.č.44 Hodnocení ot.č.22 dle druhu péče.....	64
Tab.č.45 Hodnocení ot.č.22 dle soběstačnosti.....	64
Tab.č.46 Hodnocení ot.č.23 dle druhu péče.....	65
Tab.č.47 Hodnocení ot.č.23 dle soběstačnosti.....	66
Tab.č.48 Hodnocení ot.č.24 dle druhu péče.....	66
Tab.č.49 Hodnocení ot.č.24 dle soběstačnosti.....	67
Tab.č.50 Hodnocení ot.č.25 dle druhu péče.....	68
Tab.č.51 Hodnocení ot.č.25 dle soběstačnosti.....	68
Tab.č.52 Hodnocení ot.č.26 dle druhu péče.....	69
Tab.č.53 Hodnocení ot.č.26 dle soběstačnosti.....	70
Tab.č.54 Hodnocení ot.č.27 dle druhu péče.....	71
Tab.č.55 Hodnocení ot.č.27 dle soběstačnosti.....	71
Tab.č.56 Hodnocení ot.č.28 dle druhu péče.....	72
Tab.č.57 Hodnocení ot.č.28 dle soběstačnosti.....	72
Tab.č.58 Hodnocení ot.č.29 dle druhu péče.....	73
Tab.č.59 Hodnocení ot.č.29 dle soběstačnosti.....	73
Tab.č.60 Hodnocení ot.č.30 dle druhu péče.....	74
Tab.č.61 Hodnocení ot.č.30 dle soběstačnosti.....	74
Tab.č.62 Hodnocení ot.č.31 dle druhu péče.....	75
Tab.č.63 Hodnocení ot.č.31 dle soběstačnosti.....	76

Tab.č.64 Hodnocení ot.č.32 dle druhu péče.....	76
Tab.č.65 Hodnocení ot.č.32 dle soběstačnosti.....	77
Tab.č.66 Přehled uspokojení potřeb v %.....	79
Tab.č.67 Hodnocení hypotézy H_1	84
Tab.č.68 Hodnocení hypotézy H_2	86
Tab.č.69 Hodnocení hypotézy H_3	88

13 Seznam grafů

Graf č.1 Rozložení respondentů domácí a ústavní péče.....	35
Graf č.2 Rozložení respondentů podle stupně závislosti.....	36
Graf č.3 Soběstačnost respondentů v %.....	78

Příloha č.1

Vážená paní, Vážený pane.

Jmenuji se Jana Hozáková a jsem studentkou 3. ročníku bakalářského studijního programu Ošetrovatelství, oboru Všeobecná sestra na Technické univerzitě v Liberci.

Dovoluji si Vás touto cestou oslovit a požádat Vás o spolupráci při vyplnění dotazníku, který je součástí mé bakalářské práce na téma: „Psychosociální potřeby starých a dlouhodobě nemocných pacientů v různých formách ošetrovatelské péče“.

Dotazník je anonymní a bude použit pouze k výzkumnému šetření v rámci mé bakalářské práce. Vyplnění dotazníku je zcela dobrovolné.

Dotazník, prosím, vyplňte pravdivě. Při vyplňování dotazníku označte vždy jen jednu Vámi zvolenou odpověď. Ve druhé části dotazníku je možné označit odpovědi víc. Na „vytečkovaných“ místech je možné odpověď rozvinout, doplnit nebo uvést alternativu, která není v nabízených odpovědích zmíněna.

Předem děkuji za ochotu a za Váš čas

Jana Hozáková

Všeobecné údaje:

1. Pohlaví:

- ☐ Muž ☐ Žena

2. Věk:

- ☐ 65 – 74let
☐ 75 – 84 let
☐ 85 a více

A)

Hodnocení soběstačnosti:

1. Jídlo a pití:

- ☐ Zvládnou samostatně bez pomoci
☐ Zvládnou s pomocí
☐ Nezvládnou

2. Oblékání:

- ☐ Zvládnou samostatně bez pomoci
☐ Zvládnou s pomocí
☐ Nezvládnou

3. Koupání:

- ☐ Zvládnu samostatně nebo s pomocí
- ☐ Nezvládnu

4. Osobní hygiena:

- ☐ Zvládnu samostatně nebo s pomocí
- ☐ Nezvládnu

5. Kontinence moči:

- ☐ Nepoužívám žádné pomůcky pro únik moče (vložky, pleny)
- ☐ Občas používám pomůcky pro únik moče (např. v noci)
- ☐ Trvale používám pomůcky pro únik moče, nebo mám cévku (permanentní močový katétr)

6. Kontinence stolice:

- ☐ Nepoužívám žádné pomůcky pro únik stolice (pleny)
- ☐ Občas používám pomůcky pro únik stolice (např. v noci)
- ☐ Trvale používám pomůcky pro únik stolice

7. Použití WC:

- ☐ Zvládnu samostatně bez pomoci
- ☐ Zvládnu s pomocí
- ☐ Nezvládnu

8. Přesun lůžko – židle:

- ☐ Zvládnu samostatně bez pomoci
- ☐ Zvládnu s malou pomocí
- ☐ Vydržím sedět
- ☐ Nezvládnu vůbec

9. Chůze po rovině:

- ☐ Samostatně nad 50 m
- ☐ S pomocí 50m
- ☐ Na vozíku 50m
- ☐ Nemohu chodit

10. Chůze po schodech:

- ☐ Zvládnu samostatně bez pomoci
- ☐ Zvládnu s pomocí
- ☐ Nemohu chodit po schodech

B)

Hodnocení potřeb:

1. Jak vnímáte své zdraví?

- ☐ Dobře ☐ Spíše dobře ☐ Nevím ☐ Spíše špatně ☐ Špatně

2. Jaká je míra Vaší informovanosti o současné nemoci?

- ☐ Velmi dobrá ☐ Spíše dobrá ☐ Průměrná ☐ Spíše horší
☐ Špatná

3. Cítíte se většinu času dobře?

- ☐ Ano ☐ Spíše ano ☐ Nevím ☐ Spíše ne ☐ Ne

4. Jste schopen/a se sám/a dovolat pomoci v případě nutnosti (např. pokud upadnete)?

- ☐ Ano ☐ Spíše ano ☐ Nevím ☐ Spíše ne ☐ Ne

Pokud ano, jakým způsobem?.....

5. Cítíte se být součástí společnosti?

- ☐ Ano ☐ Spíše ano ☐ Nevím ☐ Spíše ne ☐ Ne

6. Rozumíte sociálnímu systému – vyplácení důchodu a sociálních dávek?

- ☐ Ano ☐ Spíše ano ☐ Nevím ☐ Spíše ne ☐ Ne

7. Bydlíte :

- ☐ Ve svém bytě
☐ Ve svém domě
☐ Ve zdravotnickém zařízení
☐ V zařízení sociální péče
☐ Jiné:.....

8. Bydlíte:

- ☐ sám
- ☐ s partnerem
- ☐ s rodinou
- ☐ jiné.....

9. Jaké zdroje informací jsou pro Vás dostupné?

- ☐ Knihy
- ☐ Časopisy
- ☐ Noviny
- ☐ Internet
- ☐ Skype
- ☐ Facebook
- ☐ Televize
- ☐ Rádio
- ☐ žádné
- ☐ jiné:.....

10. Je pro Vás prostředí, ve kterém žijete, prostorem jistoty a klidu?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Nevím
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

11. Dodržujete pravidelný denní režim?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Nevím
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

12. Trpíte pocity osamění?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Nevím
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

13. Důvěřujete lidem, kteří o Vás pečují?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Nevím
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

14. Věnují osoby, které o Vás pečují dostatek času rozhovoru s Vámi?

- ☐ Ano
- ☐ Spíše ano
- ☐ Nevím
- ☐ Spíše ne
- ☐ Ne

15. Jak hodnotíte své vztahy vůči rodině?

- ☐ Velmi dobré ☐ Spíše dobré ☐ Průměrné ☐ Spíše horší
☐ Špatné

16. Jak často jste v kontaktu s rodinou?

- ☐ Denně ☐ 3x týdně ☐ 1x týdně ☐ 1x měsíčně ☐ méně často
☐ nikdy

17. Pomáháte svým blízkým?

- ☐ Ano ☐ Spíše ano ☐ Nevím ☐ Spíše ne ☐ Ne

Pokud ano, uveďte jakým způsobem.....

18. Jaké prostředky využíváte ke komunikaci s přáteli?

- ☐ Telefon
☐ E-mail
☐ Skype
☐ Facebook
☐ Pošta
☐ Návštěvy
☐ Žádné
☐ Jiné:.....

19. Zajímáte se o druhé lidi?

- ☐ Ano ☐ Spíše ano ☐ Nevím ☐ Spíše ne ☐ Ne

20. Jak Vás oslovují lidé, kteří o Vás pečují?

- ☐ Křestním jménem ☐ Pouze příjmením ☐ Pouze titulem
☐ Neutrálně paní/pane
☐ Jinak- uveďte.....

21. Chovají se k Vám lidé, kteří o Vás pečují, vlídně?

- ☐ Ano ☐ Spíše ano ☐ Nevím ☐ Spíše ne ☐ Ne

22. Připadáte si dostatečně respektován/a lidmi ve Vašem okolí?

- ☐ Ano ☐ Spíše ano ☐ Nevím ☐ Spíše ne ☐ Ne

23. Jak moc sami sobě věříte?

- ☐ Ano ☐ Spíše ano ☐ Nevím ☐ Spíše ne ☐ Ne

24. Jste za své pokroky ve snaze o zlepšení zdraví dostatečně chválen/a?

- ☐ Ano ☐ Spíše ano ☐ Nevím ☐ Spíše ne ☐ Ne

25. Máte pocit, že osoby, které o Vás pečují, dostatečně dbají na Vaši intimitu?

- ☐ Ano ☐ Spíše ano ☐ Nevím ☐ Spíše ne ☐ Ne

26. Můžete se věnovat činnostem, které Vás baví?

- ☐ Ano ☐ Spíše ano ☐ Nevím ☐ Spíše ne ☐ Ne

27. Máte nesplněná přání, životní cíle?

- ☐ Ano ☐ Spíše ano ☐ Nevím ☐ Spíše ne ☐ Ne

Pokud ano, jaká?.....

28. Dosáhli jste ve svém životě všeho, čeho jste chtěli dosáhnout?

- ☐ Ano ☐ Spíše ano ☐ Nevím ☐ Spíše ne ☐ Ne

29. Náboženská víra je podle vás:

- ☐ Důležitá hodnota ☐ Občasná potřeba ☐ Nevím

☐ Jiné:.....

30. Poznávám nové duchovní směry, modlím se, medituji

- ☐ Ano ☐ Spíše ano ☐ Nevím ☐ Spíše ne ☐ Ne

☐ Jiné:.....

31. Máte nějaké koníčky?

☐ Práce na zahradě

☐ Četba

☐ Ruční práce

☐ Křížovky

☐ Jiné:.....

☐ Žádné

32. Máte možnost navštěvovat kulturní akce?

- ☐ Divadlo
- ☐ Kino
- ☐ Koncerty
- ☐ Besedy
- ☐ jiné:.....
- ☐ Nemám možnost
- ☐ Mám možnost, ale neúčastním se

Příloha č.2

PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Hozáková Jana	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
Všeobecná sestra	Z10000140	3.
Téma práce	Psychosociální potřeby u starých a dlouhodobě nemocných pacientů v různých formách ošetrovatelské péče	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	Domácí ošetrovatelská péče Varnsdorf, paní Mandíková	
Jméno vedoucího práce		
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	5.3.2013	
Datum ukončení výzkumu	11.3.2013	
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)	20	
Poznámka:		

V. s. Varnsdorf dne 5.3.13

.....

podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Hozáková Jana	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
Všeobecná sestra	Z10000140	3.
Téma práce	Psychosociální potřeby u starých a dlouhodobě nemocných pacientů v různých formách ošetrovatelské péče	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	LDN NEMOCNICE VARNSDORF, p.o.	
Jméno vedoucího práce		
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis	
Souhlas vedoucího práce	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	11. 3. 2013	
Datum ukončení výzkumu	26. 3. 2013	
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)	34	
Poznámka:		

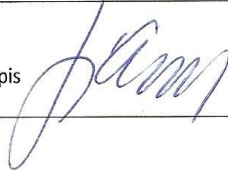
V. VARNSDORFU dne 11. 3. 13

podpis studenta




PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Hozáková Jana	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
Všeobecná sestra	Z10000140	3.
Téma práce	Psychosociální potřeby u starých a dlouhodobě nemocných pacientů v různých formách ošetrovatelské péče	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	AGENTURA DOMACÍ PÉČE ČESKÁ KAMENICE Pavlína Hložková	
Jméno vedoucího práce		
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input checked="" type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis 	
Souhlas vedoucího práce	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Datum zahájení výzkumu	19. 3. 2013	
Datum ukončení výzkumu	26. 3. 2013	
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)	18	
Poznámka:		

Věrečské Kamenice dne 19. 3. 2013


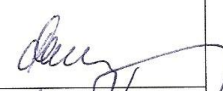
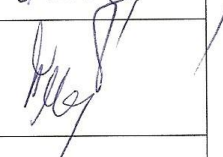


podpis studenta



PROTOKOL K PROVÁDĚNÍ VÝZKUMU

Součástí tohoto protokolu je kopie plného znění dotazníku (rozhovoru), který bude respondentům rozdáván (který bude s respondenty veden)

Příjmení a jméno studenta	Hozáková Jana	
Studijní obor	Osobní číslo studenta	Ročník
Všeobecná sestra	Z10000140	3.
Téma práce	Psychosociální potřeby u starých a dlouhodobě nemocných pacientů v různých formách ošetrovatelské péče	
Název pracoviště, kde bude výzkum realizován	OŠETROVATELSKÁ WÍŽKA WELKÉ LENOČNICE ZUMBURK	
Jméno vedoucího práce		
Vyjádření vedoucího práce k finančnímu zatížení pracoviště při realizaci výzkumu	Výzkum <input type="radio"/> bude spojen s finančním zatížením pracoviště <input type="radio"/> nebude spojen s finančním zatížením pracoviště podpis 	
Souhlas vedoucího práce	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis	
Souhlas vedoucího pracovníka odborného zařízení	<input type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Souhlas vedoucího pracoviště, kde bude výzkum realizován	<input checked="" type="radio"/> souhlasím <input type="radio"/> nesouhlasím podpis 	
Datum zahájení výzkumu	27. 2. 2013	
Datum ukončení výzkumu	5. 3. 2013	
Počet oslovených respondentů (personálu)		
Počet oslovených respondentů (klientů)	17	
Poznámka:	VYPLNENO 15 DOTAZNÍKY 2 KURZY ODMÍTU SPOUŠTĚNÝ	

V. Zumburk dne 27. 2. 2013



podpis studenta

